

En medisinsk klimakrise

Charlotte Lunde

lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Vi liker å tenke at den medisinske utviklingen gir oss stadig bedre og mer effektiv behandling. Men fremdeles finnes det ikke piller mot møkkete vann.

Dum Dum Boys' låt «Lunch i det grønne» fra 1988 har vanligvis vært brukt som kampsang av miljøbevegelsen. I 2018 kan den kanskje overføres til å omhandle et skakkjørt økosystem i deler av helsevesenet – et økosystem tidvis preget av overdiagnostisering, feilmedisinering og systemsvikt, skal vi tro det vi leser i to aktuelle bøker.

Både Trond Aarres *En mindre medisinsk psykiatri* og Niels Christian Geelmuydens *Pillebefinnende* er på hvert sitt vis tilstandsrapporter om det miljøbevegelsen ville kalt manglende bærekraft. Men her handler det om et system vi helst liker å ha tillit til: det medisinske behandlingstilbudet. Begge utgivelsene kan leses som en sterk kritikk av det biomedisinske paradigmet, selv om den ene handler om psykiatri og den andre om farmasi.

Den første boken er en fagkritisk analyse av det psykiatriske tjenestetilbudet i en tid preget av New Public Management-ideologi. Den andre er en forskningsjournalistisk gjennomgang av våre mest brukte legemidler – der profitt litt for ofte ser ut til å trumfe pasientsikkerhet. I Aarres bok er det den biomedisinske tenkningen i systemet som stilles til vegg. I Geelmuydens bok er det den biomedisinske modellens makt og legemiddelindustriens økonomiske interesser som angripes.

Den hule lyden

Spesielt Aarres bok burde bli pensum for helsepolitikere med visjoner for en bedre psykiatri. «Dette er ei bok om den hule lyden jeg hører når jeg banker på den psykiatriske fagideologiens harde skall», skriver Aarre i sin innledning til *En mindre medisinsk psykiatri* og parafraserer et sitat av Kjartan Fløgstad fra boken *Trans-Sovjet ekspress*. Han bruker også Fløgstad når han videre slår fast at han som fagarbeider innenfor rus- og psykiatri ikke bare har en «teieplikt», men også en «seieplikt».

Aarre beskriver et system som i økende grad er blitt opptatt av seg selv fremfor menneskene det skal betjene, og han begrunner sine konklusjoner godt. Som erfaren kliniker, avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter og fagsjef for psykisk helsevern i Helse Førde bør Aarre vite hva han snakker om. Selv om man skulle være uenig i hans konklusjoner, stiller han noen helt sentrale spørsmål flere ledere innenfor psykiatrien burde være opptatt av i en tid hvor helsebudsjettene stadig øker. «Hvorfor kan vi ikke bare fortsette som før?» spør Aarre. Fagsjefen er opptatt av at vi faktisk ikke trenger mer ressurser, men at vi må tenke helt nytt om hvordan behandlingstilbudet i psykisk helsevern skal organiseres. Valget står, etter Aarres syn, mellom å fastholde den medisinske modellen for psykisk lidelse «eller gå i motsatt retning og forfekte et kontekstuellet perspektiv med større interesse for levevilkår og hvilket liv folk har levd».

Systemet må med andre ord i større grad rette seg mot å fremme folks funksjon, fremfor å bruke så mye ressurser på å kartlegge deres dysfunksjon. Dette poenget er, slik denne leseren ser det, helt sentralt. Som kliniker er det for eksempel lett å være enig med Aarre i at diagnostiske utredninger innenfor psykisk helsevern ofte tar langt flere ressurser enn det mange pasienter opplever som nyttig.



TROND AARRE *En mindre medisinsk psykiatri*, 2018, Universitetsforlaget, 200 sider

Utdaterte diagnoser

Den britiske psykologen Peter Kindermann, en prisbelønnet forsker og tidligere leder av den britiske psykologforeningen, er en av referansene til Aarre. I sin bok *A Prescription for Psychiatry: Why we need a whole new approach to Mental Health and wellbeing* fra 2014 tar også Kindermann til orde for at helsehjelpen i psykiatrien bør ta utgangspunkt i folks problemer, ikke i hvilken underliggende tilstand vi velger å tolke vanskene deres som. Aarre siterer Kindermann og kolleger (2013) i at man faktisk bør slutte å stille diagnoser, fordi: «Det finnes ingen enkel «cut-off» mellom en «normal» opplevelse og en psykisk lidelse. [...] En beskrivelse av folks faktiske problemer ville gi mer informasjon og ha større kommunikasjonsverdi enn en diagnostisk merkelapp.»

Etterhvert som jeg leser Pillebefinnende tar jeg meg i å ønske at opplysningene er konspiratoriske vrangforestillinger

Aarre går grundig til verks når han kritiserer diagnostikken – selve grunnlaget for den medisinske modellen i psykisk helsevern, ifølge forfatteren. Det er gjennom å forstå psykiske lidelser som underliggende patofysiologi at psykiatrien legitimerer sin posisjon som medisinsk disiplin. Problemet er bare at tross milliarder av forskningsdollar er det aldri funnet entydige biologiske årsaker som bekrefter psykiatriske sykdommer slik vi klassifiserer dem i dag. Her får han støtte selv fra den biologiske psykiatriens høyborg, det amerikanske NIMH (National Institute of Health) og det såkalte Research Domain Criteria Initiative (RDoC). Aarre siterer NIMH-forskerne Bruce Cuthbert og Sarah Morris på at selv om DSM- og ICD-systemene, som er laget for forskningsformål og klinisk bruk, har bidratt stort til den psykiatriske diagnostikkens pålitelighet, var «kategoriene og kriteriene formulert før den moderne nevrovitenskapens tid, og gyldigheten av diagnosene er følgelig tvilsom».

Emosjonell avstand

Men et svakt vitenskapeteoretisk fundament er bare ett problem med dagens diagnosemanualer, slik mange ser det. Aarre trekker også frem hvordan kategorisering (diagnostisering) og standardisering (som f.eks. pakkeforløp) bidrar til fremmedgjøring, objektivisering og emosjonell avstand. Vi som jobber i klinikken, vet at psykiatriske journaler kan være fulle av språklige merkelapper som beskriver dysfunksjon og negative egenskaper kamuflert i et medisinsk språk, og at vi derved kan danne oss forutinntatte bilder av hvem vi skal møte, i forkant av en konsultasjon. Aarre beskriver at diagnosene kan forsterke avstanden og bidra til forenkling: «Kategoriseringen [...] gjør at vi tror vi vet så mye mer om folk enn vi faktisk gjør. Alle skotter er gjerrige. Muslimer er farlige. Og vi vet jo alle hvordan rusmisbrukerne, og ikke minst sunnmøringene, er. Men det er jo nettopp dette vi ikke vet.»

Og når listen for hva som kvalifiserer til en diagnose, stadig senkes, kan det ikke bare underminere folks selvopplevelse og tiltro til egen mestring, men også bidra til å overbelaste helsetjenesten, skriver Aarre. Han viser til en rekke studier som påpeker at forekomsten av alvorlig psykisk lidelse er rimelig stabil, og at «veksten» i forekomst av psykiske lidelser kan tilskrives oppdaterte definisjoner av hva som regnes som sykdom. Utviklingen kalles «medisinsk inflasjon». Etter min oppfatning er det liten tvil om at vi i økende grad bør diskutere dette fenomenet dersom vi ønsker oss et bærekraftig velferdssamfunn også i fremtiden.

Behandling uten diagnoser

Aarre løfter dessuten frem interessante behandlingsstudier som viser at det er mulig å gi effektiv behandling uten å gå veien om en diagnose (Barlow et al., 2017), og at vi i større grad bør forstå plagene som normale reaksjoner på det folk har opplevd, ikke som symptomer på underliggende psykisk forstyrrelse. «Det er ikke snakk om å helbrede et individ for plager som kommer innenfra, men å gjøre det i stand til å leve et godt liv til tross for vanskene det har eller har hatt», skriver han. Han bruker historien om Stangehjelpa som et eksempel på hvordan norske helsemyndigheters tiltro til diagnoser og retningslinjer kan bli et problem for å lage gode og brukervennlige tjenester. Aarre bruker denne historien som et eksempel på det han kaller en «helsepolitisk spagat», der ønsket om mer brukermedvirkning kommer i konflikt med økt standardisering og systemrigiditet.

Selv om Aarre skriver overbevisende om hva som er galt i norsk psykiatri, kan han tidvis falle litt langt ned i skyttergraven. Når han fastslår at de siste tiårene ikke har gitt oss «noen som helst klinisk nytte av den kolossalt omfattende genetiske forskningen, knapt av nevrovitenskapen overhodet», er det nok rom for uenighet. Det er liten tvil om at forskning innenfor disse fagområdene også har hatt en rolle innenfor psykisk helsefeltet, og at ny kunnskap her kan komme psykiatriske pasienter til gode – selv om de store kunnskapsgjennombruddene har latt vente på seg. Farmakogenetikk betyr tross alt noe for hvilken nytte psykiatriske pasienter har av ulike medikamenter, og genetikken har også bidratt til å avdekke sårbarheter for symptomer som kan gi psykisk lidelse. Og selv om Aarre har rett i at forventningene til hva nevrovitenskapen skal løse, har vært langt større enn det den så langt har klart å innfri, bidrar den stadig til at vi i økende grad forstår hjernens «normalfysiologi» på en måte som kan ha betydning for forståelsen av patologiske prosesser også innenfor psykiatrifeltet.

Men selv om Aarre altså tidvis blir i overkant polariserende, oppfordrer han oss – godt begrunnet – til å tenke nytt om arbeidet vårt. «*En mindre medisinsk psykiatri* er derfor et helt sentralt innlegg i en debatt der det trengs flere uredde fagstemmer som Aarres.

Det man vet, har man vondt av

«Å skrive en kritisk bok om legemidler er ikke veien til lykke for en kronisk pillebruker», sa forfatter Niels Christian Geelmuyden til A-magasinet (25. august, 2017) da *Pillebefinnende* kom ut. Forfatteren er selv avhengig av en rekke legemidler etter en nyretransplantasjon og synes ikke å leve etter prinsippet om at det du ikke vet, har du ikke vondt av. Tvert i mot har han satt seg fore å få vite mest mulig om våre mest brukte medisiner.

De fleste farmasøytiske selskaper har i dag en egen avdeling for samfunnsansvar, der det sikkert gjøres og sies mye riktig. Og for å være helt klar på dette: Vi trenger en velfungerende legemiddelindustri. Men mer enn noensinne er vi avhengige av kritiske fagfolk og journalister som orker å fordype seg i den informasjonen selskapenes avdeling for samfunnsansvar ikke deler.



NIELS CHRISTIAN GEELMUYDEN *Pillebefinnende*, 2017, Cappelen Damm, 384 sider

Ødelagt legevitenskap

«Legevitenenskapen er ødelagt», konstaterer den britiske psykiateren og forskeren Ben Goldacre i åpningen av sin bok *Bitter pille* fra 2012. Nettopp Goldacre har de siste årene hatt en avgjørende rolle når det gjelder å endre det internasjonale regelverket for innsyn i industrifinansierte legemiddelstudier. Før Goldacres initiativ «All Trials» kunne selskapene selektivt informere oss – og legemiddelmyndigheter – om medisiners positive effekter. Studier som viste negative effekter, i verste fall med dødelig utgang for forsøkspersoner, ble aldri publisert. Vioxx-skandalen fra begynnelsen av 2000-tallet er bare én av mange historier i dette bildet: Vioxx ble lansert i 1999 som et smertestillende middel mot leddgikt og et trygt alternativ til såkalte NSAIDS (ikke-steroid smertestillende). Medisinen ble solgt inn som en revolusjon grunnet lav bivirkningsprofil. I 2004 ble den trukket fra markedet da det viste seg at flere dødsfall kunne settes i direkte forbindelse med Vioxx. Det er dokumentert at produsenten Merck hadde underslått studier som viste at Vioxx ga risiko for hjertesykdom, og lot være å informere legemiddelmyndigheter om dette. Det er anslått at rundt

140 000 amerikanere døde som en følge av bruken av Vioxx. I Norge tror man at rundt 400 pasienter kan ha dødd som en direkte følge av bruken av Vioxx.

Selv om Aarre skriver overbevisende om hva som er galt i norsk psykiatri, kan han tidvis falle litt langt ned i skyttergraven

Pillebefinnende føyer seg med andre ord inn i en rekke bokutgivelser de siste årene som dokumenterer industriens manglende etiske standard – dokumentasjon som dessverre kaster mørke skygger over bransjens egen fortelling om samfunnsansvar. I et tilsvaret til Geelmuydens bok uttalte legemiddelforeningens (LMF) sjef Karita Bekkemellem at hun hadde funnet både «feilkonklusjoner og ubalanse» i bokens innhold, og at dersom LMF skulle imøtegått kritikken, «må vi faktisk utgi en bok selv» (Dagbladet 11. januar, 2018).

Det hadde faktisk vært ønskelig om de utga en slik bok, for etter hvert som jeg leser *Pillebefinnende*, tar jeg meg i å ønske at opplysningene er konspiratoriske vrangforestillinger.

Klisjéen om Big Pharmas kyniske holdning til både mennesker og miljø blir dessverre nok en gang bekreftet, og dokumentasjonen virker stort sett solid. En ulempe er at Geelmuyden tidvis bruker en del sekundærkilder, og noen steder er det ikke alltid like enkelt å finne primærkilden for tallene han presenterer. Andre steder derimot oppgir han både primære og sekundære kilder.

Kapitlet som omhandler industriens økonomiske makt, taler for seg, hvis tallene her stemmer. Ingen industri har høyere fortjeneste enn legemiddelindustrien, og Geelmuyden siterer BBC fra 2014 på at farmasøytisk industri nå er større enn olje og gass. Så hvorfor får vi ikke stadig flere og bedre legemidler? undrer Geelmuyden og gir det fascinerende svaret: Til tross for at pilleforbruket stadig øker i omsetning, har antall nye virkestoffer, det vil si helt nye typer legemidler, stått nærmest stille siden 2007. Det er et slående faktum at selv om industrien stadig øker sin omsetning, utvikles det altså færre nye legemidler. Bransjens eget argument om at den enorme fortjenesten er nødvendig for at nye medisiner skal utvikles, fremstår derfor som mindre troverdig.

Vi får altså stadig flere typer medisiner mot de samme kjente tilstandene. Talende er det kanskje derfor at Vestens mestselgende legemiddel er kolesterolsenkende, såkalte statiner. De er anslagsvis brukt av cirka 100 millioner mennesker årlig. Geelmuydens gjennomgang av diskusjonene rundt dette legemiddelet er interessant. Den viser at solid forskning og fremtredende eksperter bestrider nytten av den omfattende bruken av dette legemiddelet. Når en så stor andel av effektstudiene er finansiert av industrien selv, er det viktig at det finnes uavhengige «frie» eksperter som ser på nytte versus risiko. Mange er nok ikke klar over at det ofte er de samme ekspertene som forsker på oppdrag fra industrien, som sitter i utvalg der retningslinjer for behandling bestemmes. Og det er godt dokumentert at legemiddelforsøk finansiert av industrien ofte overvurderer effekten av en behandling, og undervurderer bivirkninger.

Og stemmer anslaget om at 14 millioner mennesker i den tredje verden årlig dør av sykdommer som kan behandles, er det ikke bare rart, men rystende at en industri med en slik inntjening ikke gjør mer. WHO anslår eksempelvis at 200 000 malaria-dødsfall kunne vært forhindrede av bedre medisiner, men at markedet for tropemedisiner ikke gir avkastning nok til at de store selskapene bryr seg. Typisk nok er det derfor ofte offentlige organisasjoner, som blant annet WHO, og frie forskningsinstitusjoner som står bak medisiner med mindre kommersielt potensial.

Med godt kildebelegg viser Geelmuyden til at mindre enn ti prosent av den globale medisinske forskningen gjelder sykdommer og helseplager i fattige land. Det meste av verdens forskningsmidler retter seg mot livsstilssykdommer i den rike del av verden, mot markeder som

betaler. Livsstilssykdommer er naturlig nok bedre business, all den stund vi da kan defineres med et kronisk behov for forebyggende behandling, og medisiner kan rette seg mot pre-tilstander, det vil si sykdommer man kan ha større eller mindre risiko for å utvikle.

Det er mye dokumentasjon og et komplisert fagstoff å få grep om når man velger å fordype seg i studier på 11 av våre mest brukte medikamenter. Geelmuydens prosjekt er viktig og imponerende, men så stort at han med fordel kunne redusert listen av legemidler og kanskje gått lenger inn i diskusjonene om behandlingsnytte. Ikke alle studier det refereres til i argumentasjonen, fremstår med like stor tyngde (jf. studier med lite utvalg), men uten at det forstyrrer troverdigheten til hovedbudskapet. Geelmuyden siterer ofte kilder som står mot hverandre, og gjengir fagdiskusjonen åpent uten nødvendigvis å konkludere med hvem som har rett. Det styrker hans troverdighet.

Motkrefter

Både *Pillebefinnende* og *En mindre medisinsk psykiatri* fremhever en tro på at de uavhengige og samfunnsmedisinske bevegelsene som Choosing Wisely (www.choosingwisely.com) og Preventing Overdiagnosis (www.preventingoverdiagnosis.com) kan fungere som motkrefter i kampen mot overbehandling. Geelmuyden skriver at han håper boken kan bidra til at «gode krefter vil medvirke til å gjøre fremtidens medisiner bedre og tryggere». Det finnes gode krefter både innenfor farmasøytisk industri og i psykisk helsevern, men det er i økende grad viktig at fortellingen om hva som ikke fungerer, løftes frem og gjøres kjent – og at dette gjøres av uavhengige stemmer. Det medisinske økosystemet er uhyre komplisert og satt sammen av ulike interesser og drivere – som kan mistenkes for å ikke alltid ha pasientens velferd i sentrum. Velbegrunnet systemkritikk er derfor en nødvendighet for å bringe medisinske behandlingstjenester fremover, men også for å se nærmere på om god medisin kanskje rett og slett betyr mindre medisin.

Referanser

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Bekkemellem, K. (2018, 11. januar). Jeg er stolt av å jobbe i verdens viktigste industri. *Dagbladet*. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/jeg-er-stolt-av-a-jobbe-i-verdens-viktig...>
- Golacre, G. (2012) *Bitter pille*. Oslo: Gyldendal.
- Ioannidis, J.P. (2009). Adverse events in randomized trials: neglected, restricted, distorted, and silenced. *Archives of internal medicine*, 169(19), 1737–1739.
- Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J.B., & Bero, L. (2017). Industry sponsorship and research outcome. *The Cochrane Library*.
- Pileberg, S. (2017, 24. august). Syv av ti nordmenn fikk reseptbelagte legemidler i fjor. Vet vi nok om pillene vi putter i oss? *Aftenposten, A-magasinet*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/42dztg/Syv-av-ti-nordmenn-fikk-re...>