

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Lunsjmøte med industrien

AV PETTER BRELIN OG JANNIKE REYMERT



Tom Erik Gundrosen og
Siri Brelin diskuterer Glitazoners
plass i diabetesbehandlingen.

Det er noen av oss som liker å motta legemiddelrepresentanter. Enkelte synes å anta at man tar i mot disse representantene for den imperialistiske monopolkapitalismen i den hensikt å kunne raske til seg linjaler, penner og merkelige smågaver i plast mens man dytter baguetter med alt for mye majones inn i munnen. Tro det eller ei, motivet til mange av oss er noe anderledes. Vi ser det som en utfordring. Det er nemlig en utfordring å møte velutdannede mennesker som på en meget overbevisende og svært planlagt måte, forsøker å få deg til å selge akkurat deres medikament til dine pasienter. Tar du i mot en konsulent, møter du en person som har gått på uke-lange seminarer. Hun har rollespilt situasjonen på ditt lunsj-rom lenge før hun møter deg. Hun vet mye om deg fra data-baser, kolleger, firmaet og tidligere besøk. Væpnet til tennene med argumenter, powerpointpresentasjoner, kulepenner og allehånde diskusjonsteknikker er hun klar for å møte deg. Og allikevel er hun nok ofte spent og lurer på hva hun møter.

Jeg synes hun skal møte en imøtekommende og kritisk doktor som væpnet med sin generelle kunnskap kan ta i mot

budskapet og diskutere det på et vitenskapelig og klinisk relevant grunnlag. Det er faktisk ganske gøy. Jeg har laget meg noen enkle regler for hvordan jeg tar i mot legemiddelrepresentanter. Det første møtet med representanten er gjerne i telefonen. Dersom det er et bookingbyrå som ringer for en eller annen representant, ber jeg om at representanten ringer selv. Først og fremst fordi jeg helst vil avtale temaet for møtet. Gammelt, kjent stoff som jeg har hørt før avviser jeg. Temaet for møtet skal være relevant i min praksis og budskapet bør inneholde noe nytt. Du får gjerne tilbud om at hun tar med mat. Dette er gjerne kraftige saker som gjør at du får en ubendig lyst til å legge deg ned på et par timer etter lunsj. Det passer ikke særlig godt i min praksis. Dessuten er det dønn umulig å diskutere mens reker og majones spruter ut av munnvikene. Jeg sier nei takk. Frukt er det noen som tar med. Det tar jeg i mot med stor glede. Frukt er godt og jeg følger meg ikke videre korrumpert av noen bananer eller en annanas (men det kan sikkert diskuteres). Jeg prøver å komme til et slikt møte på det tidspunktet som er avtalt, som jeg gjør til alle møter. En sjelden gang har jeg

kikket raskt igjennom litteraturen på forhånd. Etter at formalitetene er over, kaster vi oss over dagens tema. Da begynner utfordringen! Første bud er å ikke la seg overkjøre. Tempoet kan lure deg. En velkledd og skråsikker person som fyker av gårde i argumentasjonsrekken mens bildene i power-pointen flimrer forbi med en hastighet som gjør at enhver statistisk sammenheng må tas for gitt, er ikke noe godt utgangspunkt for å sjekke at det faktisk er slik som vedkommende påstår. Går det for fort, innrømmer jeg at jeg ikke har skjønt et skvatt og tar gjerne kontroll over flip-overen eller pc'en som presentasjonen vises med. Når det går i mitt tempo, går jeg raskt igjennom alle de vakre bildene og de tomme frasene fra reklamebyrået i begynnelsen av presentasjonen slik at jeg kan bruke mer tid på tallene som pleier å komme senere. For det er tallene jeg er ute etter. Og tallene er der nesten alltid. De tallene jeg skal forsøke å oversette slik at de blir til meningsfulle begreper for min egen praksis.

Det er en del ting man skal se etter når man går igjennom en slik presentasjon. Det første er selvsagt om dette er relevant for mine pasienter. Det er som oftest det. Det er få som gidder å reklamere for noe som de vet ikke har noen relevans.

Det er imidlertid overraskende mange som er villig til å reklamere for noe som ikke er skikkelig dokumentert. For eksempel er det utrolig ofte folk har forsøkt å selge mine pasienter (via meg) medikamenter som senker blodtrykket. Dersom de ikke kan vise at medikamentet deres virker på sykkelighet og dødelighet, er jeg ikke særlig interessert. Jeg er av den oppfatning at mine pasienter i og for seg ikke trenger å tenke på blodtrykket i seg selv. Det er risikoen for hjerneslag og slikt som bør oppta dem. At noe senker trykket og reduserer sannsynligheten for mikroalbuminuri om noen år, er ikke nok til at jeg tør å ta medikamentet i bruk. For et drøyt tiår siden klarte noen å overbevise meg om at en alfablokker som virket «lipidgunstig» ville redusere sykkelighet og dødelighet. Jeg ble vist en rekke sekundære mål som blodtrykk, lipider og kaniner som ikke syknet hen. Produsenten ga oss aldri noen «harde endepunkter», ikke en lyd om liv spart eller sykdommer hindret. Ti år senere ble den til et prostatapreparat. Nå hører jeg sjelden noe om den. (Noen hadde undersøkt om den sparte liv og reduserte sykkelighet. Det gjorde den kanskje, men tiazidene var bedre.) Lurt har jeg blitt mange ganger, men jeg liker å tro at det blir stadig vanskeligere å lure meg.

Det er harde endepunkter jeg vil ha.

Noen ganger viser medikamentet en tydelig effekt på en relevant problemstilling. Da skal man følge godt med. Da kan det hende jeg skal ta i bruk dette medikamentet. Men vi er desverre ikke i mål enda. En ting er at noe virker,

en annen er om det virker så godt at det blir et verdifullt middel jeg kan bruke. Jeg er ikke noen statistiker, men jeg har forstått såpass at en p-verdi som et uttrykk for at det er en statistisk sammenheng, ikke er særlig verdifull informasjon for å evaluere legemiddel effekt. Du må vite et par ting til. Det ene er om utfallsmålet som blir presentert er klinisk relevant. Dersom du fjerner hodepinen etter ti minutter i stedet for om 1 time, blir det sikkert satt pris på av dine migrenepasienter. De er neppe så imponerte om det går 55 minutter, selv om det er en signifikant forskjell.

Og så er jeg glad i Numbers Needed to Treat, «NNT». Hvor mange migrenepasienter må jeg behandle for at én skal oppleve en positiv forskjell i forhold til et annet medikament? Er dette tallet lavt, utfallsmålet relevant og prisen til å leve med, vurderer jeg å skifte behandlingsstrategi.

Det skjer ikke ofte.

Totalt sett kommer det egentlig sjelden endring av mine behandlingsstrategier i møtet med legemiddelindustrien, men jeg tror at det kommer en del annet som kan være nyttig. Man får en viss trening i å tenke fritt, kritisk og vitenskapelig. Dette kan man bruke på alle andre som prøver å overbevise oss også. Jeg synes for eksempel ikke at det er noen grunn til å legge fra seg skepsisen når man leser utredninger eller rapporter fra myndigheter og institusjoner. Vi skal ikke stole på noen, heller ikke alle de såkalt «uavhengige» institusjoner som oftest har rekke mer eller mindre skjulte agendaer.

Og selvsagt – noen ganger oppdager du at du har ikke brukt det mest optimale medikamentet, pasientene dine kan sikkert ha nytte av å bruke noe annet. Den som sitter fremfor deg har tallene og argumentene som tilsier at du skal endre praksis. Det er også nyttig. For pasientene dine.

Petter Brelin

*Farlig mann?
Neppe.*





Lunsj uten legemiddelrepresentant på besøk på Bakklundet legekontor. Fra venstre: Fastlege Pål Tveter, helsesekretær Ellen Dypvik og helsesekretær Hildegunn Thorsvik.

Petter!

Du tilnærmer deg problemet «legemiddelrepresentanter-på-lunsjbesøk» på en leken og som alltid positiv måte: «Dette takler jeg! Jeg har nok vitenskapelig bakgrunn til å gjennomskue tall, kurver og resultater representantene har med seg!» Det er nesten så du fremstår som en som aldri lar seg lure – uten den ene gangen med alfablokkeren da – for ti år siden!

Jeg har de siste årene ikke tatt imot representanter for industrien på mitt kontor. Jeg har mange, etter mitt syn, gode grunner til å fortsette med å innta lunsj sammen med kolleger og ansatte på kontoret uten at industrien får forstyrre oss med lekre baguetter (du verden så gode de var!), ymse reklameartikler og svært så overbevisende argumenter om at nettopp deres preparat er mye bedre enn konkurrentenes.

Jeg følte at jeg lot meg lure av dem hele tiden, uten dermed å si at feilen lå på dem. Det var jeg som ikke skjønte bedre! Hver gang ble jeg overbevist om det var riktig det han/hun sa, p-verdiene var der og alt tydet på at akkurat dette preparatet faktisk var bedre enn konkurrentens (enda de på sin side nylig hadde vist meg at deres var preparat var best, men hvordan så nå de kurvene ut igjen da?). Jeg tror ikke jeg sov for mye i statistikktime på studiet, men å anvende denne kunnskapen på en så god måte at jeg selv kan se om det ene preparatet er bedre enn det andre, se der svikter det for meg! Og du er jo selv inne på det, disse menneskene har jo både utdannelse og ukelange seminarer bak seg for å fremstille tall og kurver på en måte som setter deres preparat i det beste lys. Ingen av dem har jo noen gang kommet med en kurve som viser at det de selger igrunnen er like bra/dårlig som konkurrentenes – og det sier igrunnen alt! Det de lærer på seminarene sine er jo nettopp å fremstille det så godt at jeg blir overbevist!

En annen sak er denne: Er det ikke mulig at det du tolker av presentasjonene bare blir en krusning på overflaten – og at firmaene ved å besøke deg, tross dine innvendinger, allike-

vel har oppnådd det de egentlig ville at du ubevisst har blitt oppmerksom på deres preparat eller iallefall ubevisst har latt deg besnære av den medikamentelle behandlingsmuligheten for den tilstanden de ofte fremstiller som et stort, «ubehandlet folkehelseproblem» (potensproblemer, ufrivillig urgesymptomer, blodtrykkesmedikamenter – you name it!)? Jeg tenker som så: det koster masse å la disse menneskene kjøre rundt i bil – her jeg bor er det mange timers bilkjøring for å treffe to til tre leger! Disse firmaene, som ofte har den beste inntjeningen i hele verden, bruker neppe så mange penger på noe de ikke får noe igjen for: På en eller annen måte øker de ommsetningen ved at vi tar imot industrien!

Nå kan det jo ha seg slik at jeg på denne måten hindrer mine pasienter i å få prøve det nyeste nye, som kanskje har fordeler fremfor gamle preparater. Men det har seg slik at jo fler år jeg har arbeidet i bransjen, jo fler eksempler har jeg sett på nye, «bivirkningsfrie» medikamenter som lanseres med brask og bram for så å trekkes fra markedet innen få år. Alfablokkerne for hypertoni var et eksempel, COXX-2-hemmerene, østrogener mot overgangsaldersplager er andre gode eksempler – var det noen i kollegiet som klarte å finne feilen ved de kurvene representantene da reiste rundt med? I forrige nummer av Utposten skrev vi om at det nå såes stor tvil om SSRI-preparatenes angivelig gode effekt – det er et preparat vi alle har skrevet ut i bønner og spann i et drøyt ti-år! (Her må jeg innrømme nok et manglende vitenskapelig trekk ved min praksis: Med så mange pasienter i min praksis som jeg er helt overbevist om at har hatt nytte av SSRI-preparater nekter jeg å tro at de ikke virker, uansett hva vitenskapelige studier måtte vise, mitt kliniske skjønn sier meg at de virker!)

Et annet argument mot å bruke lunsjen på industrien er at det sosiale miljøet på kontoret er bedret betydelig – nå snakker vi uforstyrret sammen om unger, varmepumpeinnkjøp (jeg kjøpte i forrige uke – etter vedtak på lunsjrommet!) og det spesielle som eventuelt har skjedd i løpet av formiddagen på kontoret.

Til slutt enda en grunn til ikke å slippe industrien inn på mitt kontor: Alle norske medisinske tidsskrifter har etter reklameboikotten industrien gjennomførte for noen år siden fått økonomiske vansker i mer eller mindre grad. Derfor får alle som vil besøke meg som svar at jeg leser flittig annonser i tidsskriftene, med dem holder jeg meg oppdatert – skal de nå meg bør de bruke annonseplassen de kan kjøpe i tidsskriftene og slippe å ligge på to hjul på dårlige nord-trønderske veier dag ut og dag inn!

Jannike Reymert