

TIDSSKRIFT FOR POLITIKK  
LITTERATUR OG SAMFUNNSSPØRSMÅL

# SAMTIDEN

GRUNNLAGT AV  
GERHARD GRAN

REDIGERT AV  
TORHEL OPSAHL

*Martin Sæter: Brandts Europa*

*Johs. Andenæs: Studentene og samfunnet*

*Einar Ness: Tysk skole på begge sider av  
muren*

*Einar Kringlen: Legemidler for behov eller  
profitt*

*Carl Frederik Prytz: Kjellermennesket*

*Nils-Aage Sørgaard: Fange av sitt miljø*

*Theo Koritzinsky: Politisk påvirkning i  
skolen*

*Sten Sparre Nilson, Eystein Eggen, Inger  
Heiberg: Til debatten om norsk nazisme*

---

79. Årg.

1970

HEFTE 9

ASCHEHOUG

## LEGEMIDLER FOR BEHOV ELLER PROFITT

**F**ør talidomidtragedien var det vel få her i landet som interesserte seg særlig for den farmasøytiske industri. I de senere år er imidlertid søkelyset mer og mer blitt rettet mot denne industrien, og den er blitt utsatt for sterk kritikk, bl. a. i USA, England og Sverige.

Medisinalindustrien er i all vesentlig grad på private hender med hovedsentra i USA og Vest-Europa. Denne industrien har i løpet av de siste 20—30 år hatt en eventyrlig ekspansjon. De nye legemidlene har revolusjonert helseforholdene. Men denne industrien står i samme klasse som den øvrige industri, med store økonomiske interesser, og størst mulig salg til størst mulig fortjeneste som mål. **Kanskje fordi den har ytet menneskeheten slike store tjenester, har det nærmest vært tabu å kritisere den.**

Den moderne farmasøytiske industri er et produkt av de revolusjonerende framskritt i farmakologisk kunnskap som kom etter 1935. Ved begynnelsen av dette århundre kjente man til bare fire syntetiske medikamenter, aspirin, phenacetin, salvarsan og barbitol, alle tyske.

Oppdagelsen av det første sulfonamid i 1935, Prontosil, et antibakterielt middel, innvarslet en ny terapeutisk æra som satte i gang en masseoppdagelse av moderne kjemo-

---

*Det er oppsiktsvekkende stoff om den farmasøytiske industri som legges fram i denne kritiske framstillingen.*

*Reklamen har fått en stadig større rolle i omsetningen, og prisfastsettingen er ikke lett å kontrollere. Overdreven bruk av legemidler har også fått psykia-*

*triske og samfunnsmessige bivirkninger av alvorlig karakter.*

*Spørsmålet om kontroll av legemiddelindustrien fortjener derfor alvorlig debatt.*

*Dr. med. Einar Kringlen (f. 1931) er psykiater og professor i psykologi ved Universitetet i Bergen.*

terapeutika og antibiotika. Før denne tid hadde hovedårsaken til smerte og død vært infeksjoner.

Den neste store triumf var penicillin som ble utviklet i England av Florey og Chain i 1941 og satt i produksjon i USA i stor skala fra 1944, etter den britiske bakteriolog Alexander Flemings grunnleggende observasjon fra 1929. Det første effektive middel mot tuberkulose, streptomycin, kom i 1943, og i de følgende år fikk man de bredspektrede antibiotika med tetrasyklin i 1953.

Innenfor psykiatrien har det i løpet av de siste tjue år skjedd store framskritt, også på det medikamentelle område. I begynnelsen av 1950-åra fikk man de såkalte tunge ataraxika, først klorpromazin etterfulgt av reserpin, og en rekke andre stoffer til behandling av alvorlige sinnslidelser. I 1960-åra fikk man så de lettere ataraxika til behandling av nevrotiske angst- og spenningstilstander.

Selv om de store framskritt på farmakoterapiens område er mest iøynefallende når det gjelder infeksjonssykdommer og psykiatriske lidelser, har det skjedd en imponerende utvikling også på en rekke andre områder.

#### *Den farmasøytiske industri i internasjonalt perspektiv —*

De forente stater, Vest-Europa og Japan har 30 % av jordens befolkning, men forbruker 80 % av verdens legemidler. USA har desidert det høyeste medikamentforbruk. I 1962 var t. eks. medikamentforbruket i USA 14 dollar pr. innbygger med 7 dollar for Japan, 6 for Vest-Europa, 3 for Sør-Amerika og 0,6 for Afrika og Asia. Hvis man ser på det medisinske behov, burde tallene kanskje komme i omvendt rekkefølge. USA har verdens største medikamenteksport, etterfulgt av Vest-Tyskland, England, Sveits og Frankrike. I 1963—65 var USA ansvarlig for 36,6 % av det totale antall nye medikamenter, Europa 35,7 %, Øst-blokken 10 %, Japan 9,6 % og andre 6,3 %.

Legemiddelforskningen omfatter kjemisk og biologisk forskning, spesielt innen fysiologi, farmakologi, ernæringsvitenskap og mikrobiologi. I visse tilfeller danner også kliniske iakttagelser og undersøkelser utgangspunkt for legemiddelforskningen. Før et medikament slippes ut på mar-

kedet, undersøkes det på dyr og mennesker, ikke bare for å prøve stoffets terapeutiske virkning, men for å avsløre giftvirkninger, bivirkninger og kontraindikasjoner.

Det er ofte sagt at industriens laboratorier bare driver en anvendt vitenskapelig forskning og høster fruktene av den grunnforskning som er utført i universitetslaboratorier. Dette var nok riktig inntil begynnelsen av vårt århundre, men stemmer ikke i dag. Av 4 074 nye stoffer som ble studert i 1963—65, stammet 52 % fra industriens laboratorier, sammenlignet med 48 % fra universiteter og andre forskningsinstitutter. Men det er riktig at mange av industriens forskningslaboratorier i første rekke arbeider på å finne fram til masseproduksjonsmetoder for medikamenter som er skapt i universitetsinstituttene.

Der er ca. 10 000 legemiddelbedrifter i verden i dag. Men egentlig er det bare 40 som konkurrerer på det internasjonale marked. I 1980 vil markedet domineres av 20 storkonserner, vesentlig amerikanske og sveitsiske, hvis utviklingen fortsetter som nå. Den europeiske gigant er det sveitsiske Hoffmann-La-Roche. Dernest kommer Ciba-Geigy og Sandoz, andre sveitsiske firmaer. I Frankrike er Rhone-Poulence ledende, nesten på størrelse med Roche, i Tyskland Boehringer, Bayer og Hoechst, i England Glaxo, ICI og Beecham. Det ledende amerikanske firma er Pfizer som kom inn på markedet i begynnelsen av 1950-åra og har ekspandert voldsomt.

Noe skjematisk kan man si at der er tre kategorier av firmaer. De beste driver forskning og utvikler nye brukbare produkter. I mellomklassen kommer de såkalte «molekylmanipulatorer» som også driver en slags forskning. Denne forskningen tar bl. a. sikte på nye medikamenter ved lettere kjemiske forandringer i molekylet og deretter sikre seg et patent ut fra denne modifikasjon. Deres forskning er altså i høy grad anvendt forskning med forsøk på å omgå patentloven. De fleste firmaer havner i jumbo-gruppen. Disse firmaer hverken sår eller høster, men Vår Herre synes likevel å ta vare på dem. De venter til markedet er etablert og så tilbyr de sine produkter.

I USA regner man at de store firmaer bruker 25 % av sine utgifter på reklame og bare 5—10 % på forskning og utvikling av nye produkter. Disse tall varierer dog sterkt og er

vel ikke alltid å stole på. Mange angir at reklamen tar 10 % og forskningen 10 %, fra Sverige angis at 20 % brukes til reklame og 10 % til forskning.

Den farmasøytiske industri har i løpet av de siste 20 år i perioder ligget på topp når det gjelder profitt, foran bil-industrien, industrielle kjemikalier, forretningsmaskiner og komputere. Særlig de firmaer som har satset på de moderne ataraxika eller tranquillizers, har hatt stor fortjeneste og har vært blant favorittene på aksjebørsen i Wall Street. Ifølge Annual Survey of Manufacturers for 1966 ligger den farmasøytiske industri langt foran andre industrier når det gjelder utbytte. 23 % går til materialer, 17 % til lønninger og 60 % til profitt, renter, avskrivning og reklame. I de fleste andre industrier utgjør det siste tallet 20—30 %.

#### — og i Norge

De norske firmaer spiller en helt ubetydelig rolle internasjonalt, og de store utenlandske firmaer overtar stadig mer av det norske marked, slik at de i dag har 69 % av salget av farmasøytiske spesialpreparater. Det viktigste medisinalfirma i Norge er Nygaard & Co. (Nyco) som også er vårt eldste firma, dannet i 1874. Dernest kommer Apotekernes Laboratorium (AL), A/S Farmaceutisk Industri (AFI) og Weiders Industri (Weifa). Nyco er det eneste firma som driver med noen særlig original forskning. Generelt regner man at den norske medisinalindustrien bruker 10 % av omsetningen på forskning og 10 % på reklame og informasjon.

Legemiddelforbruket synes å øke jevnt. Bare i fireårsperioden 1960—64 økte utleggene til medisin pr. person fra 47 til 64 kroner. Økningen skyldes både større forbruk og dyrere preparater.

#### *Reklame og distribusjon*

Patentlovene varierer sterkt fra land til land. Italia har f. eks. ikke patentlover for medikamenter. Storbritannia har produktpatent, mens mange land, deriblant Norge, har processpatent. Første gang det ble tillatt patent på et legemiddel, var visstnok i Tyskland ca. 1910. Ny kunnskap ble ikke som ellers i vitenskapen allemannseie. Men denne trangten til å beskytte sitt preparat er forståelig. Fabrikken har

kanskje nedlagt en stor kapital i form av forskning og teknikk for å komme fram til det nye middel. Det kan da virke urimelig at en konkurrerende bedrift skal kunne sette i gang produksjon på like fot og tjene det samme uten å ha hatt de samme utlegg og omkostninger.

I den perioden firmaet har patent på et preparat, kan produsenten stort sett gjøre hva han vil når det gjelder prisen. Vanligvis prøver han å opprettholde prisen lang tid etter at patenten er utløpet ved å framføre medikamentet under en voldsom reklame.

Hvert medikament har sitt fellesnavn eller generiske navn, men samtidig også sitt handelsnavn eller fabrikknavn, også kalt spesialitetsnavn. Eksempelvis har mange fabrikker framstilt penicillin, men med forskjellige handelsnavn som ofte aldri gir noen assosiering til penicillin. Her i landet har man f. eks. 10 penicillinpreparater. Alle preparatene er imidlertid identiske i sin antibakterielle effekt. Iblant kan tabletene ha litt forskjellig form og størrelse, og en sjelden gang kan resorpsjonsforholdene variere, men mange er også identiske her. Er det for øvrig noen som assosierer penicillin med følgende navn: Penadur, Maxipen, Oratren?

For å illustrere den forvirring som råder, la oss se på hva som ville skje hvis den farmasøytiske industri overtok produksjonen og distribusjon av sukker eller salt. Man ville da ikke bruke ordet salt eller sukker, men hvert firma ville gi sitt salt eller sukker et nytt navn, kanskje Mixipen, Oxifen eller Figaro. Tenk på den forvirring som ville oppstå i butikene dersom salt og sukker ikke lenger hadde sitt generiske navn, men kunstnavn fra fabrikkene. Tenk videre hvordan det ville være om der kom 300 nye navn av denne typen i butikken for hvert år.

Medisinfirmaene bruker i USA minst 600 mill. dollars årlig til reklame, altså langt mer enn et norsk forsvarsbudsjett. Det beløp som brukes til reklame, sies å kunne dekke fullstendig utdannelsen av leger i USA. Resultatet er da også at 90 % av alle resepter skrives ut på kunstnavn som er lettere å uttale, stave og huske, men som også oftest er kostbare.

Man har regnet ut at dersom nye produkter når toppen på salgsstatistikken, vil dette skje hurtig, vanligvis innen

1—1½ år. Det blir derfor uhyre viktig å sette inn en kraftig reklamevirksomhet for hurtigst mulig å dominere markedet. Resultatet blir selvsagt i mange tilfelle en optimistisk reklame som i sin mest ekstreme form er på samme nivå som mye av den øvrige reklame, og altså banal, fordummende og sløvende.

— og Norge igjen

De medisinske tidsskrifter overflømmes av reklame som dels er informativ og saklig, dels intetsigende og uvitenskapeilig. Tidsskrift for Den norske lægeforening har i den siste tid hatt 40—50 reklamefargeplansjer i hvert nummer. Legene får besøk av reisende representanter som dels er folk med akademisk utdanning, farmasøyter, realister, ingeniører og leger, og dels er handelsreisende med en helt overfladisk utdanning i sine spesielle preparater. I det siste har dette forandret seg noe. Representantene har fått en viss utdanning, og ny tittel, «konsulent». Sett fra legens synspunkt er den sistnevnte kategori diletteranter som man burde holde seg for god til å sende rundt. Sett fra samfunnets side er den førstnevnte kategori en meningsløshet. I en tid med mangel på akademisk arbeidskraft må det fortone seg som noe eiendommelig at folk med lang universitetsutdanning kjøpes av industrien for å utføre propagandamessig salgsvirksomhet. I Norge finnes der ca. 180 fagrepresentanter, derav ca. 25 farmasøytiske kandidater. Gjennom postverket bombarderes legen daglig med reklamemateriell til fortvilelse for postmannen og mottagerne. Mesteparten av denne reklame går usett direkte i papirkurven. En svensk lege har regnet ut at han mottar årlig ca. 1500 postforsendelser i året til en vekt av ca. 50 kg.

Industrien benytter seg også av mer raffinerte metoder for å få opp salget og skaffe seg en vennligsinnet legestand. Det arrangeres middager, og firmaer betaler reiser til utenlandske konferanser. «Hjernevasken» begynner alt hos den medisinske student, og jeg vil anta også hos den farmasøytiske student. Den kritiske sans svekkes under gode middager. Svekkelsen sitter gjerne igjen lang tid etter pjolterens virkninger.

Ved forskrivning med spesialitetsnavn, er det forbudt

for apotekeren å ekspedere andre preparater, selv om disse skulle være billigere. Fra industriens synspunkt må forholdet være ideelt. Forbrukeren, pasienten kan ikke bestemme kjøpet. Legen plasserer ordren, men slipper å betale.

Folk flest vil selvsagt stille spørsmålet: Hvordan kan prisene være forskjellige, når produktene er identiske? Det er et elementært prinsipp i all kapitalistisk økonomi at produktet med den laveste pris vil gå av med seieren på markedet. Andre selgere må nemlig redusere sine priser for å møte konkurransen. Med legemidler er det helt annerledes, nettopp på grunn av den viktige faktor, reklamen. Ved å ta i bruk et voldsomt reklameapparat som klarer å overbevise legen om å foreskrive deres preparat, kan et bestemt firma klare seg, selv om preparatet er mye dyrere enn andre.

### *Kefauver-rapporten*

Under de berømte «hearings» (forhør) mot truster og monopoldannelse som nå avdøde Estes Kefauver ledet i 3 år i begynnelsen av 60-åra, ble de mest fantastiske forhold innenfor den medikamentelle industri avslørt. Kefauver-rapporten slo fast at ingen bransje i det amerikanske næringsliv hadde slike enorme fortjenester som legemiddelindustrien. Profitten skyldtes overprising gjennom patentbeskyttelse og uoffisielle prisavtaler. Det gikk fram at enkelte firmaer brukte 30—40 % av sin fortjeneste på reklame. Pasienten kunne komme til å betale alt fra 3½ til 20 cent pr. penicillintablett, avhengig av resepten. Et amfetaminpreparat kostet 40 dollar for 100 tabletter hvis det ble kjøpt hos det store firma Smith, Kline og French, mens man kunne få det samme antall tabletter for 2 dollar under generisk navn hos et mindre firma.

Som kjent tok ikke Sir Alexander Fleming patent på oppdagelsen av penicillin, og derfor kunne alle firmaer konkurrere. Med de andre antibiotika som ble produsert av andre mikroorganismer, ble det ikke slik. For tetrasyklin, det mest kjente bredspektrede antibiotikum, holdt prisene seg på samme nivå fra 1954 til 1960. Dette stoff ble laget av tre firmaer, og to andre hadde fått lisens til å selge produktet. Alle fem har imidlertid holdt en forenet front når det



gjelder prisen, med 17 cent for en kapsel. Militærvesenet kunne imidlertid etter noen år gå til et italiensk firma som tilbød 8 cent pr. kapsel. I 1962 var prisen kommet ned i 1½ cent pr. kapsel. Et internt hemmelig memorandum viste at for desember 1956 var salget av tetrasyklin for firmaet Bristol 2 mill. dollars. Omkostningene ved produksjonen var mindre enn 350 000 dollars, altså omkring 1/6 av hva det ble solgt for, mens det ble brukt 400 000 dollars til reklame overfor legene. Samme måned hadde firmaet et utbytte på 1,3 mill. dollars. I 1963 ble det slått fast at de fem tetrasyklinkompaniene siden 1954 på ulovlig måte hadde fiksert prisen under et patent som var blitt oppnådd ved feilaktige opplysninger til US Patent Office.

De store firmaer sier selvsagt at det er bedre å kjøpe deres produkt til høy pris, fordi deres produkt er mer pålitelig. Men undersøkelser i de senere år viser at de store firmaer i USA er involvert i 50 % av alle tilfellene hvor regjeringen har vært tvunget til å be firmaene kalle tilbake medikamenter på grunn av feilproduksjon.

### *Reklamens virkninger*

Det snakkes ofte fint om informativ reklame. Men reklamens siktepunkt er selvsagt et helt annet enn informasjon. Målet er størst mulig salg. Derfor vil reklamen ta sikte på å forvirre mer enn å opplyse. Som en salgsagent sa om informasjonsvirksomheten overfor legene: «If you can't convince them, confuse them.» Legen som i sitt studium har lært visse generelle farmakologiske prinsipper, vil i en jungel av navn fort få avbetinget sine kunnskaper. Han belastes med unødvendige detaljerte preparatkunnskaper. Bivirkninger og kontraindikasjoner for et stoff tas ikke alltid like alvorlig. Klorampfenikol, et bredspektret antibiotikum, har bivirkninger som kan være meget alvorlige, bl. a. aplastisk anemi som gir en mortalitet på 50 %. Det ble solgt i store mengder i USA inntil Food and Drug Administration fikk så mange rapporter om bivirkninger at man måtte nekte videre salg. Under Kefauver-forhørene ble det ført bevis for at firmaet bl. a. hadde sagt til sine salgsagenter at de ikke selv skulle bringe bivirkningene på bane.

Hvordan man enn ser dette, må forholdet virke meningsløst for en uhildet iakttager. Hvis ikke legen leser reklamen, eller lar seg påvirke av salgsagenten, er det hele et sløseri som pasienten og samfunnet betaler for. I motsatt fall er den medisinske vi får hos legen, til en viss grad bestemt av forretningsinteresser, og ikke bare av et vitenskapelig medisinsk skjønn.

Den voldsomme reklameaktivitet har en rekke skadevirkninger som er betenkelige. Ikke bare fordyres medikamentene, men man får et overforbruk av medikamenter, og sogar en feilaktig bruk. En kjent svensk klinikkjef sa for få år siden at kanskje har 50 % av det penicillin som gis en fornuftig indikasjon. Hva angår de populære vitaminpreparatene, må man være glad om 1 % av nedlagt kapital gjør noe medisinsk nytte. Men ikke bare er det overforbruk av hostestillende midler, vitaminer, antibiotika og beroligende tabletter, men det sløses med dyre legemidler, og ofte brukes medikamenter, som man skulle ha i reserve ved alvorlige sykdommer, mot helt banale lidelser.

Det er ingen tilfeldighet at Vest-Tyskland har hatt det største antall talidomidskadde barn, ca. 10 000 med ca. 5000 overlevende. Stoffet ble voldsomt oppreklamert som særlig velegnet for svangre kvinner. Landet har også hatt det høyeste antall innregistrerte spesialpreparater. I denne sammenheng kan det nevnes at talidomid hadde minst 50 spesialitetsnavn. Det er klart at alle disse forskjellige navn på samme preparat ikke er uten konsekvenser. Etter talidomidtragedien var det mange leger som ikke visste at stoffer som Kevadon, Nevrosedyn, Nevrodyn, Distaval og Lulamin var det samme som talidomid.

Her i landet har vi ca. 2 000 spesialpreparater, et stort antall sett på bakgrunn av det lille antall medikamenter enhver lege har bruk for i sin praksis. Våre helsemyndigheter synes å gjøre hva de kan for å begrense antallet, men blir presset av industrien og andre instanser. Sammenlignet med andre land, er de norske helsemyndigheter meget tilbakeholdne med godkjenning. Sverige og Danmark har henholdsvis ca. 3 500 og ca. 2 200 innregistrerte preparater mens Sveits er oppe i et uhyggelig antall på ca. 35 000.

Formelt står Spesialitetsnemnda ansvarlig for godkjen-

nelse av nye preparater. Spesialitetskontrollen må når det gjelder kontroll av medikamenter, for en stor del basere seg på stikkprøver. Hovedansvaret ligger hos produsenten. Det foregår en relativt liten klinisk utprøving av medikamenter her i landet, og det må bygges på resultater fra andre land. En del av våre fremste leger er engasjert som konsulenter i legemiddelfirmaene, noe som fører til problemer angående habilitet når man skal innhente uttalelser om et legemiddel. Mange produkter har også her i landet en kort levetid. Av 180 registrerte preparater fra 1957, ble 1/3 sjaltet ut på fem år.

Lov av 20. juni 1964 og forskrifter i Kgl. res. av 6. mai 1966 om forskrivning av farmasøytiske spesialpreparater og reklame for legemidler, påbyr at reklame for legemidler på forhånd skal være godkjent av helsedirektøren eller den han gir fullmakt. Det heter videre at reklamen skal være nøktern og saklig, og at den ikke må gi et misvisende eller overdrevent bilde av et preparats verdi. Kontraindikasjoner og vesentlige bivirkninger skal anføres i reklamen. Det er ikke vanskelig å finne eksempler på at disse regler ikke følges. Jeg kan ikke skjønne at en reklame for medikamenter som bruker suggererende midler i form av fotografier av vakre kvinner, slagord, symboler og velformulerte overtalelser, er saklig og nøktern. Reklamen skal videre angi kontraindikasjoner for medikamentet og vesentlige bivirkninger. Man unngår ofte dette påbud ved summarisk å henvise til den såkalte felleskatalog for preparater.

### *Psykiatriske og samfunnsmessige bivirkninger*

Den voldsomme produksjon av angstdempende midler og den uhemmete reklame for disse stoffer, reiser spesielle problemer for psykiatrien. Men i en videre sammenheng har denne utvikling av en medikamentkultur betenkelige moralske og politiske implikasjoner.

Innføringen av de moderne medikamenter (ataraxika) i psykiatrien, førte med seg stor optimisme som gradvis har veket plassen for en mer nøktern innstilling.

Klorpromazin som ble syntetisert ved Rhone-Poulenc's

forskningslaboratorier i Paris i 1950, ble introdusert i psykiatrien mellom 1952 og 1955. De såkalte tunge ataraxika av klorpromazintypen har særlig hatt virkning ved de alvorlige sinnslidelsene, psykosene. Senere har man fått de såkalte lettere ataraxika (minor tranquillizers) med særlig virkning ved angst, spenning og søvnløshet. Man har videre fått medikamenter med virkning ved alvorlige depresjoner, de såkalte anti-depressiva. Mens de tunge ataraxika til behandling av alvorlige sinnslidelser ikke medfører vesentlig medikamentmisbruk, er faren for narkomani til stede ved de angstdempende, lettere ataraxika av typene meprobumat, clopoxid og diazepam (Meprobumat, Librium, Mogadon, Valium). Prinsipielt skal man være tilbakeholden med å behandle nevrotikere med medikamenter. For det første fordi medikamentet ikke løser pasientens problemer, for det annet fordi medikamentell behandling vil kunne føre til en passiv holdning overfor egne problemer og dermed hindre psyko- eller sosialterapi. Alvorligere er det at langvarig behandling vil kunne gjøre pasienten avhengig av medikamentet. Mange leger utsettes i dag for et voldsomt press fra pasienter som vil ha medikamenter mot angst, søvnløshet og dagliglivets påkjenninger. Legene utsettes også for et daglig bombardement fra medisinalindustrien som prøver å innbille dem at medikamentell behandling av nevroseser er riktig.

Legen lar ikke pasienten, heller ikke andre utenforstående, bestemme hvilke kirurgiske metoder han skal benytte. Det er heller ikke grunn til at legen skal gi fra seg sin kompetanse når det gjelder spørsmål om psykoterapi eller medikament. Heller ikke er det noen grunn til at reklamen skal bestemme vårt valg. Når et nytt angstdempende middel innføres, ser man det stadig angitt at der ikke er fare for misbruk. Dette kan industrien si fordi det selvsagt tar en del år før slikt misbruk registreres. Ofte kan der også forekomme et betydelig misbruk før man ser dette publisert. Et preparat som meprobumat trodde man til å begynne med ikke ga avhengighet, men undersøkelser viser at det er blitt preparat nummer to blant de medikamentgrupper alkoholikere anvender, både til bruk og misbruk. Omsetningen her i landet i 1962 var 25 mill. tabletter. I dag ser man et økende forbruk og misbruk av stoffer som Librium, Valium og Mogadon.

Flere psykiatere har med uro observert et tiltagende medikamentmisbruk og økningen i selvmordsforsøk gjennom medikamenter. I Europa og USA har disse selvpåførte forgiftningene nådd epidemiske høyder. Ifølge engelske undersøkelser har ca. 80 % av disse individer tatt tabletter som er blitt foreskrevet av leger.

Professor Villars Lunn i København har pekt på det betenkelige i at så mange psykiatere konsentrerer sin forskning om medikamentforsøk og taper interessen for den alminnelige psykopatologi.

Industrien introduserer stadig nye piller som skal ta bort angst, plage og depresjon. Både lege og pasient blir pille-minded og vil ikke akseptere dagliglivets problemer. Det blir så enkelt å ta en beroligende tablett når små konflikter oppstår. Angst som hører med til den menneskelige eksistens, skal behandles. En naturlig depresjon etter et dødsfall skal ikke gå sin gang, men behandles. Selv om ingen av nevrosemidlene har holdt hva de har lovet, har de likevel skapt en mentalitet hos leger og publikum som går ut på at medikamenter kan forandre enhver ond sjelelig tilstand. I stedet for å forandre på de ytre omstendigheter, som har forårsaket angst, depresjon og søvnløshet, prøver man å influere på individets biokjemi. Dette gir i neste omgang skjev forskning: for mye biokjemi, for lite sosialmedisin og sosialpsykiatri.

### *Den farmasøytiske industri og dagens narkomani*

Den medikamentelle industri har i den senere tid kommet i søkelyset i forbindelse med den narkotikabølge som går over verden.

Ifølge sjefen for det svenske narkotikapolitiet, byråsjef Esbjørn Esbjørnsen (Arbeiderbladet 4/4-70), har det livsfarlige LSD overtatt etter cannabis og hasj som stoffer som misbrukes. Ungdommer som tidligere holdt seg til cannabis, som de mente var ufarlig, har forlatt dette stoffet, og gått over til LSD som ikke bare kan ødelegge individet selv, men kan provosere morderiske impulser med drap til følge. Bruken av LSD viser en veldig stigning. Tidligere har man i Sverige hatt et stort misbruk av sentralstimulerende amfetaminpreparater. Den svenske narkotikapolitisjefen, sier her

at politiets vanskeligheter ligger bl. a. i det faktum at syntetiske amfetaminpreparater er helt legale i Italia. De svenske syndikater som arbeider i samme stil som en svensk storbedrift i alle ledd, kjøper opp dette stoffet i kilovis og kjører det til Nord-Tyskland hvor det blir fordelt på kapsler og smuglet over til Danmark og Sverige. I Italia koster stoffet 90 svenske kroner pr. kg; når tablettene blir omsatt på åpen gate i Stockholm, er standardprisen 90 000 kr. for et kg.

De strenge lover mot bruk av hasj som mange stater har innført i USA, har skapt et stort marked for farligere stoffer som amfetamin, benzedrin og barbiturpreparater. Fra et kommersielt synspunkt har disse stoffer en rekke fordele, de er billige å framstille, gir en større profittmargin og bedre avsetningsmuligheter, videre er pillene og kapslene nesten umulige å oppspore. Bare i løpet av 1969 beslagla grensepolitiet over 6 tonn syntetiske stoffer, svarende til 17 millioner piller, ved den mexikanske grense. Alle er imidlertid enige om at dette er en forsvinnende liten del av den ulovlige import. Handelen med syntetiske stoffer foregår over den mexikanske grense på samme vis som med cannabis, men stoffene er av amerikansk opprinnelse og framstilt av noen av de største og mest ansette medisinalfabrikker i USA med eksport til Mexico på lovlig vis. Flere mener at den amerikanske medisinalindustrien driver systematisk og målbevisst svartebørshandel med de farligste former for narkotika. (Information 7—8/2-70.)

På denne bakgrunn er det ikke overraskende at staten California, selv om den regjeres av den reaksjonære Ronald Reagan, krever kontroll med produksjon og distribusjon av de farligste preparater. Slike forsøk er dog alltid tilbakevist av industrien som forsøk på «sniksosialisering». Industrien og dens effektive lobby i Washington, motsetter seg enhver form for offentlige inngrep som er i strid med «de amerikanske frihetsidealer».

Det offisielle antall stoffmisbrukere i USA anslåes i dag til 20 millioner. Mens langt de fleste narkotikasaker for inn til et år siden var hasj-saker, har de harde, virkelig farlige stoffer som amfetamin og heroin nå inntatt førsteplassen. 1/3 av disse saker foregår i California, men det er selvinnslysende at den mexikanske hasj-krig og den nye narkotika-

lov har begrenset sjanse til å ramme stoffmarkedet. Uten kontroll med de farmasøytiske fabrikker er kampen nytteløs.

### *Kontroll av legemiddelindustrien*

Fra et medisinsk synspunkt er reklamevirksomheten for medisinske medikamenter selvsagt absurd. Det kan ikke være i samfunnets interesse å skape et kunstig behov for nye medikamenter. Det ønskelige er nøktern opplysning formidlet gjennom et uavhengig, nøytralt organ. Sett fra universitetenes side må tilstanden fortone seg noe merkelig. Man har her faktisk overlatt en stor del av legenes etterutdannelse i farmakologi til det private næringsliv og gått med på at legenes tidligere kunnskaper i farmakologi avbetinges. Fra Sosialdepartementets side må tilstanden også fortone seg noe eienommeligg. Det er ikke bare et legevitenskapelig skjønn som avgjør hvilke medikamenter pasienter skal ha, men private interesser. I dag har man også det forhold at trygdekassene betaler og yter gratis medisin, selv for medikamenter som har en betydelig tilvenningsfare. (Dette er nå i ferd med å bli forandret.)

Man kan stille denne industrien et spørsmål av etisk natur. Er det å selge «more goods to more people» et akseptabelt grunnlag for å drive denne industrien? Men det er nok nytteløst med moralisering. Det er nytteløst å klandre den farmasøytiske industri for dens sløseri. Det er ofte også urettferdig å klandre de utmerkede mennesker, salgsagentene. De bare følger spillets regler. Det man kan klandre, er det system som gjør slikt sløseri og slikt kvakksalveri mulig.

En statlig produksjon burde kunne foregå på basis av behov, mens et privateid firma må se på lønnsomhet og profitt. Hvis et privat firma ikke ser på profitten, er det et merkelig firma.

Det sies ofte at konkurransen skulle stimulere til flere og bedre preparater. Men konkurranse kan iblant føre til ødsling med arbeidskraft og intelligens. Den farmasøytiske industri hevder selv nettopp ofte at konkurransen er det verste problem. Og hvis nå konkurranse var så viktig, trenger den være mindre i et universitetslaboratorium enn i en privat

industriell bedrift? Forskere ved universitetet ville vel protestere mot tanken om at de gjør dårligere jobb enn sine kolleger i de private forskningsinstitusjoner.

Selv om forholdene på dette område er idylliske i Norge sammenlignet med andre land, bør vi nå drøfte alvorlig hvordan forholdene kan bedres. I Sverige har staten nylig kjøpt aksjemajoriteten i Kabi, og siste året har den svenske Sosialstyrelsens komité for legemiddelinformasjon satt i gang en saklig, nøktern informasjonsvirksomhet angående medikamenter. Läkartidningen (organ for den svenske legeförening) protesterer og advarer mot innblanding eller begrensning av legens friheter og ansvar til å velge det legemiddel han selv vil. Dette er naturlig, fordi legeföreningen og Läkartidningen står i et intimt samarbeid med den farmasøytiske industri og får betydelige inntekter gjennom reklame derfra. Det er ganske interessant at det nå snakkes om ensretting av den farmakoterapeutiske behandling, nettopp når intensjonen er å framskaffe så objektive opplysninger som mulig. En komité fra Sosialstyrelsen har siden høsten 1969 presentert oversikter skrevet av de beste fagfolk over forskjellige legemidler. Kritikken mot enkelte midler er hard. Om de karutvidende stoffer heter det at de «torde sakna medicinsk värde i de vanligaste perifera kärlsjukdomarna». Utgiftene til denne statlige legemiddelinformasjon i Sverige vil beløpe seg til ca. 1/2 mill. svenske kroner årlig, hvis det blir utgitt 8 nummer. Dette er en beskjeden sum når man vet at den farmasøytiske industri årlig bruker minst 80 mill. svenske kroner til informasjon og reklame på det svenske marked.

Jeg har med hensikt i denne artikkel valgt å se på den medikamentelle industri i internasjonalt perspektiv. Mange av de groteske forhold jeg nevner, gjelder som sagt ikke helt for Skandinavia. Særlig Norge er et av de få land i Vesten hvor det er en viss kontroll med legemidlene. Forholdene i Norge er etter mitt skjønn likevel så uheldige at flere reformer er ønskelige. Allerede i dag bør man hurtigst mulig forby reklamen for medikamenter og rydde opp i den navneforvirring som eksisterer. Legemiddelinformasjon bør som annen medisinsk kunnskap formidles av vitenskapelige, nøytrale organer (universiteter eller statlige institutter). På lengre sikt bør man drøfte full eller delvis sosialisering av norsk lege-



middelindustri. Mange vil hevde at dannelse av et stort statlig selskap ville ha betydelige samfunnsmessige fordeler, vel å merke hvis befolkningens helse og ikke profitten kommer i første rekke. (Hvis staten bare driver industri etter såkalte «forretningsmessige» prinsipper, er lite vunnet.) De norske firmaer burde hilse en slik utvikling med glede. Det må være bedre å inngå et samarbeid med staten enn å bli oppkjøpt av utenlandske storkonserner. (I 1963 hadde utenlandske firmaer 57 % av det norske marked, i 1969 hele 69 %.) Norge bør sammen med Danmark og Sverige gjennom Verdens Helseorganisasjon og andre organer arbeide for en internasjonal, demokratisk kontroll med legemiddelindustrien.

Et eventuelt medlemskap i EEC vil etter all sannsynlighet gjøre det vanskelig for oss å opprettholde den kontroll man allerede har i dag. Det vil imidlertid ikke være mulig å gå inn på disse problemer her.

Det ideelle mål må være at

- a) produksjonen av legemidler legges opp etter behov og ikke etter profitt, at
- b) systematiske kliniske vitenskapelige medikamentforsøk blir utført, at
- c) reklamen erstattes med saklig opplysning, at
- d) virvaret av forvirrende navn på samme type preparat unngås, og endelig at man får
- e) kontroll med misbruk av medikamenter.

### *Sluttord*

Sykdom er en trusel mot samfunnet og helse er en forutsetning for en normal samfunnsutvikling. Svartedauen som kom til Norge med et engelsk skip i 1349, illustrerer dette. Pesten som rammet Norge i en sterk økonomisk nedgangsperiode, var en medvirkende årsak til at det daværende statsamfunn gikk i oppløsning. I den fattige del av verden er dårlige helseforhold intimt koblet sammen med nesten hvert eneste aspekt av dagliglivet. Det faktum at bedret helsetilstand er en verdi i seg selv, betyr at helsevesenet er en uhyre

viktig faktor i et lands utvikling. Kontrasten mellom de rike og de fattige land kommer klart fram når man studerer de medisinske forhold. Mens vi i Vesten disponerer store økonomiske ressurser til sykehuskompleks, og det satses på hjerte-transplantasjoner, har den fattige del av verden store problemer med å bekjempe underernæring, malaria, lepra, trakom og tuberkulose.

Mens Vesten overflømmes av medikamenter, og den farmasøytiske industri med stor fortjeneste produserer stadig nye angstdempende midler som vi egentlig ikke burde ha bruk for, har kolonilandene vanskelig for å skaffe seg de mest elementære medisiner. Den medikamentelle utforskning av nye preparater som kan ta knekken på de store folkesykdommer i utviklingslandene, har selvsagt lav prioritet fordi profitten blir så mye større ved å satse på beroligende midler til Vestens nervøse mennesker.

Man kan for framtida ikke stole på de selvregulerende prosesser i samfunnet. De neste år vil ikke ta vare på seg selv, og vårt eneste håp er derfor at menneskene selv tar hånd om utviklingen.

Helse og profitt står ofte mot hverandre. Ikke sjelden går man på akkord med folks helse, for at næringslivet skal fungere best mulig. Det er imidlertid opp til menneskene selv å gjøre noe med denne situasjonen. Når det gjelder den farmasøytiske industri, hviler det et stort ansvar på leger og farmasøyter.

*Einar Kringlen*

#### LIT T E R A T U R

- Chain, E. B. (1964): *Legemiddelforskning*. Medisinsk Forum, 17, 161—191.
- Evang, K. (1965): *Bruk og misbruk av legemidler*. Tiden Norsk Forlag.
- Fuchs, V. R. (1969): *Improving the delivery of health services*. J. Bone and Joint Surg. 51-A, 407—412.
- Grønhaug, K. (1967): *Distribusjon og informasjon om legemidler*. Stensil.
- Kefauver, E. (1965): *In a few hands. Monopoly Power in America*. Pelican Books.

- Muxworthy, D. T. (1969): *Some aspects of the pharmaceutical industries of Denmark, Finland, Ireland, Norway and Sweden*. Norsk Farm. Selsk. Medd. 31, 125—172.
- Møller, K. (1963): *Nogle refleksioner i anledning af talidomidkatastrofen*. Archiv for Pharmaci og Chemi, 70, 140—152.