

Medicin til raske – en syg ide?

Oplæg til Teknologirådets konference
den 21. januar 2004 på Christiansborg

TEKST

Lise Penter Madsen, freelancejournalist
Ulla Holm Vincentsen, projektleder, Teknologirådet

Artiklerne "Jagten på den perfekte medarbejder" og "Medicin er andet end bare piller i glas" er af Mette Bom.
Interview af Ulla Holm Vincentsen. Artiklerne har tidligere været bragt i Teknologidebat nr. 2, maj 2003.

REDAKTION

Ulla Holm Vincentsen, Teknologirådet 2004

Arbejdsgruppesekretariatet består af:

Anders Jacobi, projektmedarbejder, Teknologirådet
Jette Christensen/Vivian Palm, projektsekretærer, Teknologirådet
Lise Penter Madsen, videnskabsjournalist, freelance
Ulla Holm Vincentsen, projektleder, Teknologirådet

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Danskernes helbred og forbrug af lægemidler.....	5
Livsstilsmedicin – et vidt begreb.....	7
Lev op til kravene – eller blev hægtet af!	9
Samfundsøkonomien.....	11
Lægemiddelindustriens indflydelse	12
Jagten på den perfekte medarbejder	14
Medicin er andet end bare piller i glas.....	16
Bekymringer for fremtiden.....	19
Konferencedeltagernes definitioner på "livsstilsmedicin"	21
Konferencedeltagernes definitioner på "medicin til raske".....	23

Forord

Projektet

Teknologirådet ønsker med konferencen "Medicin til raske – en syg idé?" at rejse en debat om forbruget af den slags lægemidler, der i medier og folkemunde ofte går under betegnelsen "livsstilsmedicin", forstået som medicin, der gives for at regulere eller forbedre ikke-sygelige tilstande. Konferencen er tilrettelagt af en arbejdsgruppe, der blev nedsat sommeren 2003, og hvis medlemmer repræsenterer både behandlere og forskere. Hovedopgaven for arbejdsgruppen var at identificere en række af de pågældende lægemidler og at skabe klarhed over, hvilke udfordringer et tilsyneladende øget forbrug af 'medicin til raske' stiller samfundet overfor.

I arbejdsgruppen blev det hurtigt klart, at "livsstilsmedicin" er et begreb, der er vanskeligt at arbejde med – af flere årsager. For det første bruges betegnelsen meget forskelligt af både medier og fagfolk. Og for det andet er det sjældent muligt entydigt at kategorisere et lægemiddel som "livsstilsmedicin", da et middel, der for nogle menneskers vedkommende vil være som 'medicin til raske', for andre kan være et helt nødvendigt sygdoms-lindrende middel. Arbejdsgruppen besluttede på denne baggrund at lade konferencen debattere to problemstillinger: dels hvordan der fremover kan tales mere entydigt om brugen af medicin til raske (det vil sige et forsøg på en begrebsafklaring), og dels hvad det kan medføre for samfund og individ, hvis udbud og forbrug af medicin til raske stiger.

Arbejdsgruppen bag konferencen "Medicin til raske – en syg idé?" består af:

Peter Gøtzche, overlæge, dr.med., Det Nordiske Cochrane Center, Rigshospitalet

Inga Marie Lunde, dr.med., praktiserende læge, Silkeborg, formand for Dansk Selskab for Almen Medicins risikogruppe

Claus Møldrup, lektor, ph.d., Institut for Samfundsfarmaci, Danmarks Farmaceutiske Universitet.

Marianne Møller, farmaceut, Institut for Rational Farmakoterapi, Lægemiddelstyrelsen

Birgit Petersson, speciallæge i psykiatri, lektor, afdelingsleder, Afdeling for Medicinsk Kvinde – og Kønsforskning, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet

Niels Kr. Rasmussen, forskningskonsulent mag.scient.soc., Statens Institut for Folkesundhed

Nogle af de spørgsmål, som arbejdsgruppen har diskuteret, lyder:

- Hvordan flytter grænserne sig for, hvad der er sygdom og normalitet?
- Hvilken rolle spiller lægemiddelindustrien?
- Hvilken rolle spiller samfundsidealerne?
- Vil samfundet fremover kunne lægge pres på den enkelte for at få ham/hende til at indtage lægemidler – f.eks. for at få et job eller en forsikring?
- Har vi tilstrækkelig information om de sundhedsmæssige bivirkninger af nye lægemidler?
- Er der brug for nye krav til lægemidlerne eller dokumentationen omkring dem?
- Hvilke konsekvenser har det øgede forbrug af medicin til raske for samfundsøkonomien?
- Hvad betyder det, at en stor del af forskningen i lægemidler foregår i den private sektor?

Artiklerne i dette conferenceoplæg besvarer ikke spørgsmålene ovenfor, men udgør appetitvækkere og inspiration til de diskussioner, der er lagt op til på konferencen. Den første artikel byder på en række fakta om danskernes helbred og forbrug af lægemidler. Den næste problematiserer begrebet "livsstilsmedicin". Derefter følger en artikel om forholdet mellem samfundsidealerne og forbruget af medicin til raske i hverdagen. Denne efterfølges af en kort artikel om udfordringerne til samfundsøkonomien og en artikel om lægemiddelindustriens indflydelse. Herefter bringes to interview, der kaster lys over betydningen af sociale krav og kulturelle nor-

mer. Og afslutningsvis skitseres en række af de bekymringer, som ligger til grund for projektet og dermed konferencen.

Problemstillingerne vedrørende medicin til raske har mange lighedspunkter med de problemstillinger, der kan rejses i forbindelse med naturmedicin, functional foods, dopingmidler, gentests, screeninger, genterapeutiske og kosmetiske indgreb. Disse områder er ikke omfattet af konferencen, men diskussionerne på konferencen vil også være relevante for nogle af de pågældende områder.

Arbejdsgruppen mener:

”Ofte er det først, når der er udviklet et medikament, der retter sig mod at ændre en tilstand, at tilstanden begynder at blive defineret som et problem” (Birgit Petersson).

”I sygdomsfrygtens kultur tilskyndes raske til at indtage medicin for kroppens normale reaktioner. Det sker ud fra samme tankesæt, som danner basis for at raske mennesker tilskyndes til at blive undersøgt ”for at holde sig raske”. De raskes øgede forbrug af lægemidler kan derfor ikke alene forklares ud fra en stræben efter et ideal. Det handler også om at behandle sygdomsfrygt og risiko” (Inga Marie Lunde).

”Vi bør have en uafhængig og offentlig instans, der objektivt og systematisk vurderer lægemiddelindustriens videnskabelige undersøgelser” (Peter Gøtzche).

”Vi ser velfungerende og sunde mennesker overalt i markedsføringen af produkter generelt. Lægemiddelindustrien er ikke alene om at tegne og definere billedet af det normale og sunde menneske” (Marianne Møller).

”I diskussionen om normalitetsbegrebet er det vigtigt at anlægge en række forskellige perspektiver: Eksperternes, industriens, sundhedsvæsenets og ikke mindst befolkningens – vi må gøre os klart, hvilke værdier, der styrer, at mennesker forbruger og tilbydes ”medicin til raske”” (Niels Kr. Rasmussen).

Danskernes helbred og forbrug af lægemidler

De yngre danskere føler sig i stigende grad syge. Både sygefraværet og medicinforbruget er for opadgående og indtagelse af anti-depressive midler bliver mere og mere almindeligt.

Danskerne har generelt et godt helbred, når de selv skal sige det. Ifølge nationale analyser fra Statens Institut for Folkesundhed, (SIF) vurderer fire ud af fem danskere således, at de har et "godt" eller "virkelig godt" helbred. Samtidig er der dog flere og flere danskere, der klager over, at de føler sig energiforladte, skrantende, nedtrykte og stressede. Og dette ikke blot her i det ufestlige, tunge januarmørke. De nationale analyser fra SIF viser, at skønt livskvaliteten i den ældre generation er for opadgående, så er den hos de yngre generationer generelt for nedadgående.

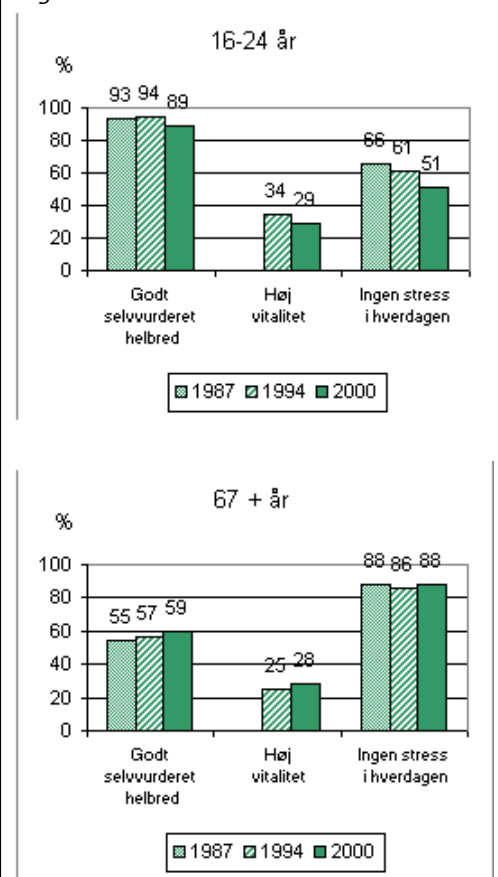
Den oplevede forringede livskvalitet afspejles i sygefraværet, som har været fortsat stigende gennem de senere år. Ifølge Beskæftigelsesministeriet svarer fraværet til, at 142.000 personer hver dag er sygemeldte. Sygefravær i Danmark koster årligt virksomheder og samfund 32 milliarder kroner. Sygefraværet i Danmark er dog lavere end i Norge og Sverige.

- I Danmark er sygefraværet ti dage om året per arbejdstager. Det svarer til 4-5 procent af alle arbejdsdage (2001).
- I Sverige er sygefraværet ca. 10 procent for kvinder og 6 procent for mænd (2002).
- I Norge er sygefraværet ca. 8 procent (2002).

Kilde: Arbejdsmiljøinstituttets rapport Sygefravær i Norden, 2003.

Danskernes vurdering af eget helbred

Udviklingen i forskellige mål for helbredsrelateret livskvalitet blandt 16-24 årige og 67-årige eller derover.



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2002.

Den oplevede forringede livskvalitet synes også at afspejles i medicinforbruget. I takt med det stadig større udbud, oplever landets praktiserende læger således en stigende efterspørgsel på lægemidler, der eksempelvis kan forbedre potensen, humøret og koncentrationsevnen. Og forbruget af medicin ser ikke ud til at falde i de kommende år. Tværtimod. Snart vil der nemlig være endnu flere lægemidler på markedet, herunder f.eks. medicin mod rygning og voldsom trang til shopping samt mod indadvendthed og generthed.

Samlet forbrug af lægemidler (DDD/1000 = antal definerede døgn-doser per 1000 indbyggere per år)

1998:	942,3
1999:	959,1
2000:	985,7
2001:	1.037,3
2002:	1.089,4

Omsætning af lægemidler (Salg af lægemidler opgjort i apotekets udsalgspris inkl. receptgebyr.)

1998:	10.108,7 mio. kr.
1999:	10.661,6 mio. kr.
2000:	11.598,3 mio. kr.
2001:	12.545,8 mio. kr.
2002:	13.898,3 mio. kr.

Kilde: Lægemiddelstyrelsens lægemiddelstatistik 1998-2002

Psykiske lidelser udgør en stor og stadig stigende andel af sygefraværet, og det skønnes, at en tredjedel af sygefraværet er direkte relateret til arbejdsmiljøet. En undersøgelse lavet af DA viser imidlertid, at 11 procent af alle sygemeldinger ikke har noget med sygdom at gøre.

- 15 procent af det langvarige sygefravær i Danmark skyldes psykiske lidelser.
- 26 procent af det langvarige sygefravær i Sverige skyldes psykiske lidelser.
- 19 procent af det langvarige sygefravær i Norge skyldes psykiske lidelser.

Kilde: Arbejdsmiljøinstituttets rapport Sygefravær i Norden, 2003.

En type af lægemidler, der står for en markant stigning i forbruget, udgøres af SSRI'erne – de antidepressive midler, der populært kaldes "lykkepiller". Denne stigning skal ses i relation til, at der løbende sker en udvidelse af indikationsområdet. Desuden hævdes det fra flere hold, at SSRI'erne i stigende grad tilbydes og benyttes af mennesker, der 'bare' er forbigående nedtrykte.

Salget af SSRI-præparater (Salget er opgjort i afregningspris inkl. moms)

	Sygehuse	Primær sektor
1998:	6,94 mio. kr.	403 mio. kr.
1999:	7,80 mio. kr.	414 mio. kr.
2000:	11,91 mio. kr.	451 mio. kr.
2001:	12,80 mio. kr.	499 mio. kr.
2003:	11,54 mio. kr.	471 mio. kr.

Kilde: Lægemiddelstyrelsens lægemiddelstatistik 1998-2002.

Indikationsområder for SSRI-præparater

1988: Svær depression
1996: OCD, panikangst
1997: Moderat og mild depression, bulimi
2000: Social fobi
2001: Forebyggelse af periodisk depression
2002: Generaliseret angst, post-traumatisk stress syndrom

Kilde: "Lægemiddelkataloget" som er gennemgået siden 1988.

Livsstilsmedicin – et vidt begreb

Lægemidler, der bruges til at forbedre ikke-sygelige tilstande, bliver populært kaldt "livsstilsmedicin". Livsstilsmedicin er imidlertid et begreb, der bruges og forstås meget forskelligt. Et spørgsmål er derfor, om begrebet kan bruges til at beskrive medicin til raske.

Anledningen til konferencen er et stigende udbud og forbrug af lægemidler til behandling af tilstande, som de fleste mennesker, både fagfolk og lægfolk, sædvanligvis opfatter som normale og ikke-sygelige. Det gælder lægemidler, der anvendes til at regulere vores adfærd, personlighed og livsstil, og som oftere og oftere høres beskrevet som "livsstilsmedicin". Men livsstilsmedicin synes at være et vidt begreb. En nærmere gennemgang af, hvad borgere, medier og professionelle internt i sundhedssektoren lægger i begrebet peger således i mange retninger. Nogle beskriver livsstilsmedicin som lægemidler mod egenskaber eller adfærd, der ikke decideret kan defineres som sygdom. Hertil hører midler mod skaldethed, rygning og generthed. Andre betragter livsstilsmedicin som lægemidler mod sygdomme, der er afledt af en bestemt livsstil. Det kan være sygdomme som diabetes, allergi eller lungecancer. Ingen af definitionerne er imidlertid entydige, hvilket fremgår, når man forsøger at beskrive og kategorisere tilstande som eksempelvis alkoholisme, impotens samt gener i forbindelse med overgangsalder.

Vanskelighederne ved at definere og afgrænse begrebet livsstilsmedicin afspejler, at der ikke eksisterer enighed om, hvad der kan klassificeres som henholdsvis sygdom, sundhed og normalitet.

"Når det er så svært at definere sygdom og normalitet, skyldes det nok, at en definition forudsætter, at noget er statisk, hvilket jo står i modsætning til, at vi hele tiden definerer nye sygdomme. Tingene er konstant i udvikling, og den definition vi bruger dag 1, vil være forældet dag 2," siger medlem af arbejdsgruppen Claus Møldrup.

Ved at bruge begrebet livsstilsmedicin risikerer man dog ikke blot at blive misforstået. Man risikerer også at diskriminere og stigmatisere brugerne af de pågældende lægemidler – i alle fald når betegnelsen bruges om medicin til raske. Det gælder f.eks., når man beskriver SSRI'er (antidepressiv medicin) som livsstilsmedicin. Hermed risikerer man at antyde, at SSRI-brugere er svage mennesker, der vælger lægemidlet som en nem lappeløsning frem for at arbejde med deres problemer på anden vis. Man må derfor stille spørgsmålet, om det er rimeligt at kalde SSRI'er for livsstilsmedicin, når de (også) bliver brugt til behandling af mennesker, der er på selvmordets rand? Ligeledes kan man spørge, om det er rimeligt at sætte lighedstegn mellem potensforbedrende medicin og livsstilsmedicin, hvis en patient har fået nedsat potens som følge af en konventionel sygdom eller sygdomsbehandling.

Arbejdsgruppen bag konferencen opfordrede konferencens deltagere til at give et bud på definitioner på hhv. "livsstilsmedicin" og "medicin til raske". Nedenfor findes et lille udpluk af definitionerne på "livsstilsmedicin" (en liste over samtlige indkomne definitioner findes bagerst i dette conferenceoplæg):

- Livsstilsmedicin er medicin, som indtages for at tillægge sig en speciel livsstil: Ung, glad, stærk, flot, tynd, smart, mv. (vitalitetsskabende midler som amfetamin, Viagra og hormoner til at styrke kroppen).
- Medicin som er med til at tilpasse den livsstil patienten vil føre f.eks. p-piller og viagra, men det kan også være Antacida mod mavesyre eller creme pga ønske om blød og smidig hud.
- Medicin, der anvendes for at forbedre ens generelle livsvilkår eller for at afhjælpe sygdomstegn/symptomer som følge af en uhensigtsmæssig eller usund levevis. Eksempelvis botox-indsprøjtninger i huden for at fjerne rynker, må vel være en slags livsstilsmedicin. "Lykkepiller" en anden.

- Medicin som bruges til raske for at ændre på tilstande, der ikke kræver medicin.
- Medicin mennesker tager med henblik på at hjælpe på tilstande som de ikke selv definerer som sygdomme, men f.eks. som ulemper, aldersforandringer, symptomer på en livsstil, de ikke ønsker at ændre – eller som de tager – uden at være syge – for at mindske risikoen for at blive syge eller dø i fremtiden.

Som det fremgår, er opfattelserne af, hvad begrebet "livsstilsmedicin" dækker, meget forskellige. Ofte kobles "livsstilsmedicin" sammen med bestemte lægemidler eller med indikationen for at anvende dem. Det samme gør sig gældende for de definitioner, der optræder i den videnskabelige litteratur, som Claus Møldrup, har gennemgået i den endnu ikke publicerede artikel "Lifestyle medicines – towards a widely accepted definition".

"Vi får hele tiden ny viden, og det er svært at opstille en holdbar definition, når vi ikke har et fuldstændigt videnskabeligt grundlag at læne os opad. Personlige holdninger, moral og værdier kommer til at spille en væsentlig rolle for, hvad vi opfatter som normalt og sygeligt, og så bliver det særlig vanskeligt at blive enige," siger han.

Claus Møldrup foreslår i tråd med resten af arbejdsgruppens medlemmer, at en dækkende definition for "livsstilsmedicin" – eller måske rettere: "medicin til raske" – må tage højde for, at sygdom og normalitet er dynamiske størrelser. Frem for at kigge isoleret på enten indikation eller lægemiddel, må man kæde anvendelsen af lægemidlet sammen med rationalet for at anvende det og tage højde for den kontekst eller livssituation, hvori forbrugeren anvender midlet. I artiklen "Lifestyle medicines – towards a widely accepted definition" giver Claus Møldrup følgende bud på en definition:

- Livsstilsmedicin er lægemidler, der udover at kunne lindre, helbrede og forebygge kan anvendes til at forbedre tilstande, der betragtes som ikke-sygelige. Et sådant lægemiddel bliver først til livsstilsmedicin, hvis individet, der indtager lægemidlet ikke betragter sig selv som syg, men blot anvender lægemidlet som led i en livsstil.

Konferencen "Medicin til raske – en syge idé?" har til formål at diskutere begrebet

"livsstilsmedicin" og at indkredse en måde, hvorpå der kan tales om lægemidler, der retter sig mod at ændre/forbedre tilstande, der sædvanligvis opfattes som normale og ikke-sygelige. Konferencens deltagere har givet nogle bud på, hvad der kan ligge i begrebet "medicin til raske":

- Medicin til raske er forebyggende medicin, som sikrer, at vi fortsat er raske. Echinamin for at undgå forkølelse, loppefrø for at undgå at få irriteret mave, solblokker for at undgå forbrændthed. Endelig findes også medicin af kønshormontypen for at undgå skøre knogler eller PMS.
- Unødvendig medicin.
- Medicin der anvendes for at kunne fortsætte med at leve, som man hele tiden har gjort – f.eks. ryge eller drikke, til trods for de gener/sygdomme denne livsstil medfører.
- Medicin givet til raske personer, der på grund af arv eller livsstil statistisk har en øget risiko for at pådrage sig sygdom, medicin gives med det formål at reducere eller eliminere risiko.
- Medicin mennesker tager med henblik på at hjælpe på tilstande, som de ikke selv definerer som sygdomme, men f.eks. som ulemper, aldersforandringer, symptomer på en livsstil, de ikke ønsker at ændre – eller som de tager – uden at være syge – for at mindske risikoen for at blive syge eller dø i fremtiden.

Konferencen vil vise, om der kan opnås en form for konsensus om brugen af begreberne.

Lev op til kravene – eller blev hægtet af!

Både eksperter og den almindelige borger sammenkobler det øgede forbrug af livsstilsregulerende medicin med, at flere og flere oplever et tiltagende præstationspres både i arbejdssammenhænge og i privatlivet.

De færreste af os kan undsige os, at vi efterstræber tidens ideal om på én gang at være åndrige, smukke, gode forældre, samvittighedsfulde borgere og succesrige i vores arbejde. Vi har ikke bare travlt med at leve op til tidens krav. Vi er ligefrem stressede over alt det, vi både skal og ønsker at gøre til perfektion, og hvis vi pludselig ikke kan følge med i det høje tempo, opstår let en følelse af utilstrækkelighed. Så vælger vi måske at forbedre vores formåen med hjælp fra et fristende udbud af lægemidler, der kan give vores humør og energi en tak opad.

I en tid, hvor konkurrencen på arbejdsmarkedet er hårdere end i mange år, er risikoen for at ikke at slå til og dermed blive hægtet af også større end tidligere. Præstationspresset har således været med til at gøre stress til en folkesygdom. Et spørgsmål er, om forbruget af personlighedsregulerende medicin ligefrem kan ses som et udtryk for, at vi føler os tvunget til at overtage kontrollen med vores formåen og medicinere os til at have fuld fart på og være 'omstillingsparate' – når nu midlerne findes?

Også idealerne på den personlige og private front kan give anledning til bekymringer. Hvis vi ikke dyrker hed sex hver dag, er vi nok seksuelt dysfunktionelle. Hvis vi ligger en kvart procent over BMI, har vi nok mistet kontrollen med vores spisevaner. Og hvis vi i vintermørket foretrækker at gå i hi foran fjernsynet, har vi nok en social fobi.

Landets praktiserende læger oplever en stigende efterspørgsel på ikke blot sygdomsbehandling og forebyggelse, men også på medicinske behandlinger, der skal gøre det muligt at overkomme, opretholde eller forfølge tidens livsstilsideal. Et eksempel er den aldrende mand, der ønsker potensforbedrende me-

dicin for ikke at skuffe sin nye, yngre hustru. Et andet eksempel er teenagepigen, der ønsker at få p-piller – ikke for at beskytte sig mod graviditet, men for at sikre sig imod, at hun får menstruation i sin sommerferie.

Hvornår er et lægemiddel receptpligtigt?

Det er Lægemiddelstyrelsen, der afgør, om et lægemiddel skal være receptpligtigt, det vil sige, om det kun må udleveres fra apotek efter recept fra læge, tandlæge eller dyrlæge.

Ved afgørelsen lægges der bl.a. andet vægt på:

- om lægemidlet kan frembyde sundhedsfare ved anvendelse uden lægeligt tilsyn, eller fordi ukorrekt brug forekommer hyppigt
- om det er nødvendigt at overvåge virkninger eller bivirkninger
- om lægemidlet skal indsprøjtes eller liggende.

Teenagepigen er en typisk gæst hos den praktiserende læge og tilhører generationen af de såkaldte *baby boomere*, der er vokset op i en tid med gode konjunkturer. De har overordnet haft en oplevelse af, at alt er muligt og vil ikke finde sig i begrænsninger! Det stadig større forbrug af lægemidler til behandling af normale eller ikke-sygelige tilstande er mest markant blandt danskere i alderen 20-50, og med baby boomer-generationen er der ikke meget, der tyder på, at udviklingen vil vende.

Foreløbige undersøgelser viser således også, at flere og flere danskere synes at acceptere brugen af medicin mod tilstande, der almindeligvis bliver opfattet som normale og ikke-sygelige. I rapporten "Danskernes holdning til og accept af livsstilsmedicin" (*MedicoMonitor*, 2003) har Claus Møldrup, medlem af arbejdsgruppen, analyseret, hvordan 2775 repræsentativt udvalgte danskere i alderen 18-59 forholder sig til at tage medicin, der har til formål at forbedre livskvaliteten. Her kan man læse: "Befolkningen deler sig ligeligt op i tre dele med 35,5%, 28,5% og 31,4% der erklærer sig henholdsvis "meget uenig og uenig",

”neutral” eller ”enig og meget enig” i, at det er OK at raske personer anvender fremtidens lægemidler, så vidt det kan forbedre livskvaliteten. Hverken køn eller alder synes at have indflydelse på holdningen til dette. Derimod viser uddannelsesniveaue et tydeligt mønster; lavt uddannede er meget i mod, mens højt uddannede er meget mere positivt indstillet overfor medicinering til at forbedre livskvaliteten. (...) Endeligt er det overraskende, at personer, der arbejder professionelt med lægemidler, ikke adskiller sig fra personer, der ikke arbejder med lægemidler til dagligt i spørgsmålet omkring anvendelse af lægemidler til raske.”

Men hvis vi accepterer en såkaldt normal tilstand som behandlingskrævende – og når der vel at mærke er udviklet et lægemiddel til behandlingen – er der ikke langt til, at tilstanden bliver defineret som en sygdom. F.eks. blev det naturlige fænomen, skaldethed, engang kædet sammen med alder. I dag, hvor der findes medicin mod hårtab, bliver mandligt hårtab omtalt som en mandesygdom!

Hvornår bliver en tilstand formelt defineret som en sygdom?

De fleste kan blive enige om, at sygdom er noget negativt. Noget, der forringer den enkeltes livskvalitet. Der eksisterer imidlertid ingen videnskabelig definition på, hvornår en tilstand er sygdom. Heller ikke filosoffer har kunnet definere, hvad sygdom og sundhed er, selvom de har brugt hele liv på forsøget.

En opfattelse er, at sygdom er en tilstand, der afviger fra det normale. Men f.eks. at blive ældre og svagere og pådrage sig aldersbetingede sygdomme, er jo helt normalt. En anden opfattelse er, at en tilstand først bør betegnes som en sygdom, når man har forstået årsagen til, at sygdommen bryder ud, og hvordan den udvikler sig. Men i dag kan vi jo blive behandlet for en række lidelser, som vi kategoriserer som sygdomme, uden at kende årsagsmekanismen. En tredje opfattelse er, at en tilstand først bliver en sygdom, når borger og behandler bliver opmærksom på, at der eksisterer et lægemiddel, der kan ændre tilstanden.

Samfundsøkonomien

Med et stadig større forbrug af medicin til raske samt en fortsat udvidelse af definitionen på tilstande, der klassificeres som sygdom, må der gøres nogle overvejelser i forhold til, hvad det betyder for samfundsøkonomien. Et spørgsmål, der rejser sig, er selvfølgelig, om vi har råd til det? Når man sygeliggør det, der hidtil har været regnet for en normal tilstand eller adfærd, kan det medføre, at udgifterne til sundhedsvæsenet stiger. Omvendt vil samfundet – såfremt livsstilsfænomener som rygning og fedme defineres som sygdomme – være i stand til at tilbyde borgerne behandling, inden en bestemt livsstil udvikler sig til en kostbar, behandlingskrævende tilstand. De samfundsøkonomiske beregninger er således komplekse, men væsentligt vil være, om de pågældende lægemidler er tilskudsberettigede.

Lægemiddelindustrien har en naturlig, kommerciel interesse i at rette sin udvikling af nye lægemidler mod de potentielt største markeder. Det vil bl.a. sige markedet af raske, unge, vestlige, ambitiøse forbrugere, der bruger lægemidler til at øge kontrollen med egen adfærd og præstationsniveau. En stor del af den samlede lægemiddelforskning foregår i de private virksomheder (se artiklen "Lægemiddelindustriens indflydelse"), men hvis disse i tiltagende grad koncentrerer sig om livsstilsmedicin, kan det føre til, at kravet til og behovet for udvikling af lægemidler til behandling af konventionelle sygdomme i stigende grad vil hvile på det offentliges skuldre med konsekvenser for samfundsøkonomien.

Hvornår er et lægemiddel tilskudsberettiget?

Sygesikringen giver **generelt tilskud**, dvs. automatisk tilskud, til de fleste receptpligtige lægemidler, og det er Lægemiddelstyrelsen under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der vurderer, hvorvidt der skal ydes generelt tilskud til et lægemiddel. Lægemiddelstyrelsens beslutning hviler på en indstilling fra Medicintilskudsnævnet, der er Lægemiddelstyrelsens faglige rådgiver i spørgsmål om medicin-tilskud. Vurderingen baseres på lægemidlets effekt og bivirkningsprofil i forhold til prisen. Lægemiddelstyrelsen kan tilbagekalde en afgørelse om generelt tilskud til et lægemiddel, hvis kriterierne for at yde tilskuddet ikke længere er opfyldte. Det kan blive aktuelt, hvis prisen på lægemidlet forhøjes efter, at tilskud til lægemidlet er meddelt, eller eksempelvis hvis midlet viser sig at blive anvendt uhensigtsmæssigt f.eks. til behandling af lidelser, hvortil det ikke er godkendt.

For nogle lægemidlers vedkommende gives der kun tilskud i forbindelse med behandling af særlige sygdomme. Et sådant **generelt klausuleret tilskud** gælder f.eks. for de kolesterolsænkende lægemidler.

Når en patient bliver behandlet med et lægemiddel, der ikke gives generelt tilskud til, kan lægen på patientens vegne søge om **individuel tilskud**. Ansøgningen behandles af Lægemiddelstyrelsen. For at få individuelt tilskud skal en række lægemiddel-specifikke kriterier være opfyldt. Det skal som hovedregel være dokumenteret, at lægemidlet har vist effekt i det konkrete tilfælde, og at andre relevante behandlingsmetoder er fundet utilstrækkelige eller uhensigtsmæssige. I denne kategori af lægemidler, hvortil der kan søges individuelt tilskud, hører f.eks. visse lægemidler til behandling af osteoporose (knogleskørhed) og lægemidler til behandling af impotens. Én af betingelserne for at få tilskud til lægemidler mod impotens, er, at patientens impotens er forårsaget af en grundsygdom, som f.eks. diabetes.

Lægemiddelindustriens indflydelse

I lægemiddelindustrien lytter man til de købestærke generationers bekymringer, behov, krav og ønsker, og udviklingen af livsstilsregulerende lægemidler lægger beslag på en fortsat stigende andel af industriens forskningsbudgetter. Ifølge britiske *Sunday Times* viser en Reuters Business Insight rapport "The Lifestyle Drugs Outlook to 2007", at lægemiddelindustriens giganter investerer 20 milliarder £ i at udvikle 400 nye præparater i kategorien livsstilsmedicin.

Samtidig diskuteres – både nationalt og internationalt – medicinalindustriens indflydelse på samfundets sygdomsopfattelse. Det er f.eks. kendt, at en medicinalvirksomhed, der producerer potensforbedrende midler, har indgået samarbejde med en række personer i det amerikanske sundhedssystem for at få klassificeret det, de kalder "female sexual dysfunction" (kvinders mangel på lyst til sex) som en sygdom. Dette på trods af, at en række eksperter peger på, at der ikke er tale om sygdomsbetonede, men snarere relationelle problemer.

Nye lægemidler

Årligt kommer der mellem 40 og 60 nye lægemidler på markedet. Blandt de nyere lægemidler og nye anvendelsesområder er:

Citalopram til behandling af depressioner – nu også til behandling af overdreven shoppe-trang.

Escitalopram til behandling af depressioner – nu også til behandling af generthed.

Antidepressiver generelt – nu også til behandling af angst, panikanfald, sociale fobier og angst for at tale i store forsamlinger.

Hormonindsprøjtninger, Xenical, Reductil og Meridal (neurotransmitter) mod fedme og overvægt.

Melanotan sikrer en sund og solbrændt hud, beskytter mod hudkræft, regulerer appetitten og øger lysten til sex.

Propecia til behandling af skaldethed.

Betablokkere til behandling af hjertesvigt – nu også til behandling af eksamensangst og præstationsangst.

Genmedicin til behandling af hyperaktivitet og alkoholmisbrug under udvikling. Endvidere leder man pt. efter genet for intelligens, hukommelse og forståelse.

Resultater fortolkes forskelligt af industrisponseret forskning og offentlig forskning

I løbet af 2003 konkluderede flere undersøgelser, at chancen for positive resultater synes at være større for forskning, der er sponseret af lægemiddelindustrien end for forskning, der er finansieret ad anden vej. Et udenlandsk forskerhold konkluderede efter en gennemgang af 30 forskningsstudier, at de metoder, der blev anvendt i industrisponseret forskning var mindst lige så gode som i anden forskning, men chancen for favorable resultater var fire gange så stor i den industrisponserede forskning (British Medical Journal, maj 2003: vol. 326). Et andet udenlandsk forskerhold fandt en signifikant forbindelse mellem industrisponseret forskning og industrifavorable konklusioner (The Journal of American Medical Association, januar 2003: vol. 289). Endelig konkluderede en gruppe danske forskere fra Copenhagen Trial Unit, CTU, Rigshospitalet, på baggrund af en undersøgelse af 370 lodtrækningsundersøgelser, at sandsynligheden for, at eksperimentel medicin bliver anbefalet uden forbehold, er fem gange større i forsøg betalt af industrien sammenlignet med offentligt finansierede forsøg. Der blev oplyst om bivirkninger, men i konklusionerne blev forsøgene, ifølge CTU-forskerne, fortolket mere positivt, end der var belæg for i afprøvningsdataerne. Hvert andet forsøg finansieret af lægemiddelindustrien havde en positiv konklusion til fordel for den afprøvede medicin. Til sammenligning nåede de offentligt finansierede forsøg kun frem til at anbefale den afprøvede medicin i 16 pct. af tilfæl-

dene (The Journal of American Medical Association, august 2003, vol. 290).

Formanden for Lægemedielindustrifor-
eningen, LIF, direktør Karin Verland, svarede
igen på kritikken i Berlingske Tidende: "Hvis
der virkelig er den her sammenhæng, så må
der være nogle redaktører, der sidder tilbage
med røde ører. De har et medansvar for, at de
har publiceret bevidst, fejlagtige konklusio-
ner. Den sag vil vi gerne have efterprøvet i
Udvalgene Vedrørende Videnskabelig Urede-
lighed. For undersøgelsen her kaster en mis-
tanke på industrien, som vi ikke kan have
siddende på os." Lederen af undersøgelsen
læge Bodil Als-Nielsen, CTU, understregede, at
resultaterne viste, at der er tale om et gene-
relt, internationalt problem.

Finansiering af forskning

- Omfanget af al dansk forskning og udvik-
lingsarbejde i sundhedssektoren beløb sig
i 2001 til 7,43 mia. kr., hvilket svarer til 23
pct. af de samlede midler til forskning og
udviklingsarbejde i Danmark i 2001. I for-
hold til 2000, hvor udgifterne var 7,17 mia.
kr. opgjort i 2001-priser, er der tale om en
stigning på 3,7 procent.
- Udgifterne til offentlig sundhedsviden-
skabelige forskning og udvikling oplevede
en svag stigning i 2001 – fra 2,27 mia. kr. i
2000 til 2,29 mia. kr. opgjort i 2001-priser.
Det svarer til en stigning på kun 0,8 pro-
cent. Den offentlige sundhedsvidenskabe-
lige forskning udgjorde 23 procent af de
samlede offentlige midler til forskning og
udvikling i 2001, hvilket har været situa-
tionen siden 1997.
- Omfanget af ekstern finansiering af sund-
hedsvidenskabelig forskning ved offentlige
institutioner steg i perioden 1991-2001,
relativt fra 32 procent til 52 procent af de
samlede udgifter til forskning og udvik-
ling. Sammenlignet med 2000 er de inter-
ne midler reduceret med 50 mio. kr., mens
de eksterne er steget knap 70 mio. kr.
- Inden for erhvervslivets medicinal- og
medicoindustrier blev der i 2001 udført
sundhedsvidenskabelig forskning og ud-
vikling for 5,15 mia. kr., hvilket svarer til
24 procent af de samlede midler til forsk-
ning og udvikling i erhvervslivet. Der er
tale om en stigning på godt 5 procent i er-

hvervslivets sundhedsforskning i forhold
til 2000.

- 82 procent af den sundhedsvidenskabeli-
ge forskning i erhvervslivet forstås af
medicinalindustrien, hvor forsknings- og
udviklingsudgifterne i 2001 var på 4,22
mia. kr., mens udgifterne inden for medi-
coindustrien var på godt 900 mio. kr. Me-
dicinalindustriens forsknings- og udvik-
lingsudgifter steg særlig kraftigt (knap 19
procent) i perioden 1997 til 1999, hvoref-
ter væksten aftog til kun godt 2 procent pr.
år frem til 2001.
- Virksomhedernes udgifter til køb af forsk-
ning og udviklingstjenester er steget med
38 procent til 2,98 mia. kr. Samlet for bran-
cherne medicinalvarer og medicoudstyr
har der været en kraftig stigende tendens i
købene af tjenester siden 1991, hvor kø-
bene kun var på knap 200 mio. kr. (2001-
priser).
- Erhvervslivets samlede køb af forsknings-
og udviklingstjenester i 2001 inden for
sundhedsområdet på 2,98 mia. kr. er for-
delt med 2,94 mia. kr. i medicinalindustri-
en og kun godt 36 mio. kr. i medicoind-
ustrien. Også i forhold til resten af frem-
stillingsindustrien er medicinal-industri-
en dominerende med 78½ procent af de
samlede købte forsknings- og udviklings-
tjenester.
- For medicinalindustrien var 89 procent af
de købte forsknings- og udviklingstjene-
ster i 2001 fra udenlandske virksomheder,
som de ikke havde koncerntilknytning til.
Af de indkøbte tjenester i Danmark var 6½
procent fra private virksomheder og 1½
procent fra danske forskningsinstitutio-
ner. Udenlandske forskningsinstitutioner
stod for de sidste 3 procent.

*Kilde: Analyseinstitut for Forskning: Forskning
og udviklingsarbejde i sundhedssektoren,
forskningsstatistik 2001.*

Jagten på den perfekte medarbejder

Det moderne arbejdsliv bærer meget af skylden for at danskerne får stress og bliver mere syge. Vi presses ind i nogle idealbilleder af "den perfekte medarbejder" og vores forsøg på at efterleve kravene bliver alt som førhen var lystbetonet – som f.eks. motion – en sur pligt, som vi kun gør fordi det forventes af os. Klinisk psykolog Nadja U. Prætorius efterlyser en helhedsvurdering af den enkelte medarbejders kvaliteter...

Af Mette Bom, interview af Ulla Vincentsen

Nadja U. Prætorius er mag.art. i psykologi og har tidligere arbejdet som forsker og universitetslektor. I dag har hun egen klinik, hvor hun i arbejdet som praktiserende psykolog er blevet mere og mere overbevist om, at det stadig mere konkurrenceprægede arbejdsmarked fører til et pres på den enkelte medarbejder, der kan udmønte sig i depressionslignende sygdomme.

– Vi opstiller nogle idealer om, hvordan den gode medarbejder er og opfører sig. Vi idealiserer og holder kurser i at være forandringsvillige og fleksible. Vi efterspørger og idealiserer egenskaber som f.eks. udadvendthed. Dermed tager man nogle egenskaber, der findes i mennesker og gør dem til varer. Lægger dem ud på en hylde og siger "dem har I så bare at leve op til". Det fremmedgør mennesker og de kan til sidst ikke skelne mellem, hvad der er dem selv og hvad der er idealer, der er påført udefra. Hvor man før talte om at systemet udbytter menneskets fysiske kapacitet, går man i dag ind og udnytter det aller mest kostbare i mennesket – nemlig dets individualitet og identitetsfølelse, siger Prætorius.

Prætorius mener, det er farligt at vi glemmer at tage det enkelte menneskes intellektuelle, psykiske og fysiske kapacitet i ed, før vi sådan "produktudvikler" medarbejderen til at passe ind i arbejdsmarkedets idealbillede. Og Prætorius ser det stigende forbrug i antidepressiv medicin, som et udtryk for denne fremmedgørelse:

– Jeg ser jo i min behandling af patienter med depression, at jo tættere de kommer på en selvforståelse, des mere aftager deres behov for medicin jo også. Og der er jo også betydelig forskel på en klinisk depression og udbrændthed. Udbrændthed der er kommet af overbelastning på arbejdet f.eks., kan i mange tilfælde behandles ved at identificere den belastning og tage den alvorligt.

Enten er man ude eller inde

Nadja Prætorius ser også det stigende forbrug af livsstilsmedicin som f.eks. slankepiller og anti-rygeprodukter, som et udtryk for det almindelige menneskes given op overfor de krav, der stilles:

– Det er sådan i dag, at enten er du med i successamfundet, eller også er du ude. Og hvis du så er så meget ude af balance, at du ikke kan styre din vægt, er for træt, eller ikke kan styre en "last" som f.eks. rygning, ja så tyer du til hurtige løsninger for at fikse de ting, der opfattes som skavanker i forhold til idealbilledet. Men hvorfor spørger vi ikke os selv, hvad grunden er til, at f.eks. fedme og rygning udvikler sig til så store problemer? Hvis fedme og rygning fører til så alvorlige fysiske problemer eller sygdom, er det fordi, personen har nogle andre problemer, der gør, at han/hun ikke er i stand til at handle efter, hvad der er bedst.

Hvorfor vil vi så hellere tage en pille frem for at løbe en tur?

– Det er fordi selv sport og motion i dag er blevet en byrde for os, et middel til at nærme os billedet af idealmennesket og – medarbejderen. Motion er ikke længere en naturlig del af livet, men er blevet en pligt for at klare arbejdslivet.

Normalitetsbegrebet flytter sig hele tiden – godt skubbet af markedets behov. Hvor det før f.eks. var usædvanligt og mere eller mindre tabuiseret med kirurgiske skønhedsoperationer, synes det i dag normalt. Hvis der inden for bestemte fag er brug for medarbejdere

med bestemte egenskaber og hvis medicinen til at fremkalde disse egenskaber findes, ja så vil den også blive brugt, mener Prætorius. Men i stedet for at tage stilling til hvad der er normalt, er det ifølge Prætorius vigtigere at diskutere værdier. Hvad er det, vi som mennesker har brug for på vores fremtidige arbejdspladser? – for eksempel.

Plads til hele mennesker

Nadja Prætorius er dog optimist. Hun mener, at det netop er fordi mennesker har egenskaber som fleksibilitet og forandringsparathed i sig, at de overhovedet klarer presset og kommer op igen efter store nedture. Alligevel er det meget nødvendigt, at vi giver plads til de egenskaber, kvaliteter og værdier den enkelte medarbejder besidder, sådan vi ikke i så udstrakt grad har behov for at tage piller.

– Vi skal alle være med til at styre pilleforbruget. Både den enkelte, de praktiserende læger, og staten. Og det skal ske ved, at vi indretter samfundet og arbejdsmarkedet til at rumme mennesker, sådan som de er.

Medicin er andet end bare piller i glas

Medicin er en symbolsk ting, der giver mennesker mere end bare lindring. Vi opnår også kontrol og selvværd og ved at bruge den accepteres vi af andre. Antropolog Susan Whyte giver her sine bud på, hvorfor efterspørgslen på medicin er boomet i de seneste år.

Af Mette Bom, interview af Ulla Vincentsen

Medicin lover os en håndgribelighed – en kontrol – i en meget uhåndgribelig verden. Og det er en af grundene til det øgede medicinforbrug. Det mener professor i medicinsk antropologi ved Københavns Universitet Susan Whyte, der netop har udgivet bogen "Social lives of medicines" (Cambridge University Press, 2003).

For at demonstrere medicins håndgribelighed og vores fascination af den tager Whyte en kurv frem, der står på hendes kontor. Heri ligger der nogle medicinglas med pulver og noget, der kunne ligne nogle afrikanske talismaner. Whyte vender og drejer glasset med pulveret og forklarer, at sådan et lille pilleglas kan indeholde meget mere end blot en forventning om behandling:

– Det er kendetegnende for samfund overalt i verden, at man forsøger at kontrollere sit liv og sin hverdag gennem bestemte handlinger. Hvor man i den vestlige del af verden gør brug af det, vi kalder lægemidler, praktiserer man i den fattige del af verden andre behandlingsformer, som f.eks. udførelsen af bestemte ritualer. I begge tilfælde er der tale om, at folk forsøger at forbedre deres vilkår inden for de rammer og behandlingsformer, der er til rådighed – det gælder både teknologisk, forståelsesmæssigt og moralsk til rådighed, siger Whyte.

Skønt der er mange kulturelle forskelligheder mellem f.eks. afrikanske og vestlige behandlingsformer, så er der i høj grad også mange ligheder – f.eks. ønsket om kontrol og øgede kompetencer.

Forskelle og ligheder i sygdom og behandling

I den vestlige verden er den teknologiske udvikling gået rigtig stærkt. Der er kommet mange nye mediciner på markedet og derfor stiger efterspørgslen. Whyte mener, at så snart medicinalindustrien beskriver en sygdom og opfinder et præparat, der kan kurere den, så vil denne sygdom og dette præparat indgå som en mulighed, hver gang der skal stilles en diagnose.

– Sygdomsopfattelser afhænger ofte af udbuddet af medicin. I Uganda har man en anden medicinbrug en slags social rituel teknologi. For eksempel hvis ens søn ikke kan få et arbejde, eller din mand er mere opmærksom på en af hans andre koner end på dig, eller at dine afgrøder ikke giver ordentlig afkast, så går du dernede til en sandsigerske for at få løsninger. Og det er jo et godt eksempel på, hvordan den teknologiske udvikling hænger sammen med medicinanvendelse; du opfatter noget som en sygdom, hvis du har et medikament til at helbrede med, ellers opfatter du det ikke som en sygdom, men som et problem, som måske kan løses rituelt ved for eksempel at ofre til dine forfædre. Ufrugtbarhed og impotens bliver heller ikke opfattet som sygdomme i Uganda, fordi de ikke har medicinen.

At sygdomsopfattelser og medicinforbrug ændrer sig i takt med den teknologiske udvikling ses bl.a. af at overgangsalderssymptomer, menstruationssmerter og graviditet pludselig opfattes som en sygdom, der kan eller skal behandles. Det kommenterer Whyte således:

– Overgangsalder betragtes meget forskelligt i forskellige samfund. I nogle samfund som f.eks. Danmark er det almindeligt, at kvinder skal tage stilling til, om de ønsker behandling, mens det i andre samfund som f.eks. Uganda eller Japan overhovedet ikke opfattes som et problem eller en sygdom. Jeg har aldrig hørt nogen i Uganda stille spørgsmålstegn ved, at kvinder når de kommer op i

årene ikke længere gider at gå i seng med deres mand, og at det skulle være noget man kunne diagnosticere!, siger Whyte.

Der er andre årsager til det stigende medicinforbrug i Danmark. Ifølge Whyte har det også at gøre med, at vi opfatter nye medintyper som fremskridt. Vi har en indgroet tro på, at det nyeste altid er det mest udviklede og dermed det bedste, hvorfor vi som mennesker vil føle os bagefter eller snydt, hvis vi ikke prøver dette nye produkt.

Alligevel mener Whyte ikke, at det udelukkende er medicinalvirksomhederne, der styrer medicinforbruget, for alle mediciner modtages bestemt ikke lige godt. Nogle mediciner forholder man sig af den ene eller den anden årsag meget skeptisk overfor og disse glider ud af markedet igen. Selvom vi i høj grad influeres af den amerikanske lægemiddelindustri og at vi ofte overtager de amerikanske sygdomme og behandlingsformer nogle år efter, at de er dukket op på deres marked, ja så er Danmark et meget konservativt og kritisk land hvad angår brugen nye lægemidler, siger Whyte – det gælder både de praktiserende læger og danskerne generelt.

Kan man tale om en speciel dansk sygdomsopfattelse?

– I Danmark såvel som andre steder eksisterer der jo flere parallelle sygdomsopfattelser. En af dem er den naturvidenskabelige tradition, hvor kroppen kan behandles som en biologisk mekanisme. En anden bygger på psykosociale forklaringer og lægger vægten på en sammenhæng mellem krop, psyke og socialt liv – altså den mere holistiske sygdomsopfattelse. Og en tredje bruger stress som en slags forståelsesramme. Forklaringer om stress giver mening, fordi stress nemt kan relateres til vores dagligdag. Stressforklaringer giver også en form for eksistentiel mening i forhold til hverdagen. Det er noget, vi kan bruge til at få sammenhæng i vores hverdag, f.eks. ved at sige, at nu har jeg igen ondt i ryggen og det har nok noget at gøre med, at jeg er stresset og det har nok så noget at gøre med, at jeg ikke ser mine børn så meget, siger Susan Whyte.

Medicin er andet end piller

Den øgede medikalisering – det at man gør noget til en sygdom – omfatter ikke kun et øget medicinforbrug, pointerer Whyte. Også andre fænomener gøres til varer på hylden med behandlingstilbud. Det gælder f.eks. motion. I Sverige er lægerne begyndt at skrive recepter på motion, noget som danske læger også så småt er begyndt på og de mange fitnesscentre viser, at motion i det hele taget er et "kontrolmiddel", der sælger godt. Også de behandlingsformer, der skabes ved hjælp af det, man kan kalde "social teknologi", øges. Det gælder f.eks. samtalegrupper og støttegrupper for mennesker, der enten lider af en bestemt sygdom eller ønsker at ændre deres adfærd, som f.eks. cancerramte, alkoholikere, rygestopgrupper, osv. Og det kan man også betragte som en slags medicin, mener Whyte.

– Jeg tror faktisk ikke altid at denne øgede "sygeliggørelse" af problemer nødvendigvis er negativ. Det kan man se i f.eks. Afrika, hvor HIV-smittede i lang tid forstod deres tilstand, som noget ånderne havde gjort ved dem, men hvor vores påvirkning, den bio-medicinske sygdomsforståelse, har gjort, at de nu i hvert fald nogen steder i Afrika, bliver testet og behandlet med konkret medicin.

Medicin har symbolværdi

Medicin er med til aktivt at transformere menneskers liv. Det skyldes ikke mindst at lægemidler også er sociale symboler. Det er en måde at kommunikere på. Når en mor i et givet afrikansk samfund giver sit barn medicin, er det f.eks. ikke nødvendigvis fordi hun tror, at hun derved kan gøre barnet raskt, men også fordi hun derved kommer til at fremstå som en god mor. Og herhjemme foregår der lignende ting, f.eks. når danskere føler sig forpligtet til at blive tyndere, at holde op med at ryge, drikke, osv., så gør de det også af moralske, værdimæssige grunde og for at indgå i et socialt fællesskab med andre. Det at en alkoholiker tager antabus f.eks., kan udover selvfølgelig at afhjælpe problemet være en måde at kommunikere til omverdenen, til familien og kollegerne – at man tager sit problem alvorligt og gør noget ved det.

– Medicin har en livsbane fra det bliver fremstillet til det købes af mennesker og til det virker i menneskekroppen. I hele den pe-

riode påvirker den mennesker – ikke bare den, der tager præparatet, men også dem, der har relationer til patienten. Så hvis man vil forstå og analysere medicinforbrug, kan man ikke udelukkende beskæftige sig med virkningerne af medicin. Man er også nødt til at inddrage det sociale aspekt og se på, hvordan medicin indgår i og øver indflydelse på andre sociale relationer og sammenhænge, slutter Susan Whyte.

Bekymringer for fremtiden

Det øgede udbud og forbrug af medicin til raske rejser en række bekymringer af forskellig karakter. Nedenfor er en række af disse kort opsummeret.

Individets selvopfattelse

Ifølge tidens ideal skal vi være slanke, se godt ud, være kloge og ikke mindst have et arbejde – vel og mærke et arbejde, hvor vi kan udmærke os ved en enestående indsats og ved at gøre brug af vores helt unikke kompetencer. Tidligere kunne vi fortrinsvis ændre/forbedre vores ydre med f.eks. kosmetiske behandlinger, men i dag kan vi med de nye lægemidler også ændre på vores personlighed, egenskaber og adfærd og derved *booste* vores præstationer med henblik på at skille os positivt ud fra alle andre.

På arbejdsmarkedet i dag tæller ikke kun de strengt faglige kompetencer men også de personlige egenskaber. Vil muligheden for med lægemidler at tilpasse sig samfundets ideal fremme en følelse af dårlig livskvalitet, bekymring og uansvarlighed, når man ikke lever op til idealet? Og hvad sker der med mennesker, der konfronteres med, at deres egenskaber og adfærd fra at have været opfattet som fuldstændig normale, pludselig sygeliggøres pga. eksistensen af lægemidler, som retter sig mod at ændre/forbedre netop disse egenskaber eller denne adfærd?

Mennesket i samfundet

Det kan forekomme paradoksalt, at flere og flere tilpasser sig de samfundsskabte idealer, således at vi synes at bevæge os hen mod et samfund, hvor vi bliver mere og mere ens, når det samtidig hævdes, at det er individualiseringen, der er i højsædet. Med det stigende udbud af lægemidler, der kan få os til opfylde nogle bestemte idealer og krav om, hvordan vi skal være, og hvor meget vi skal kunne yde, kan man spørge, om vi er på rette vej, eller om der i stedet bør arbejdes med de krav og forventninger, som findes i samfundet. Spørgsmålet er, om der bliver plads til vores forskel-

ligheder til sidst? Endvidere kan man spørge, om samfundet derved risikerer at miste sin dynamik?

Med de øgede muligheder for medicinsk at ændre på personlighed og ydeevne, er en anden bekymring, om der kan opstå normative forventninger eller ligefrem krav til borgerne om at lade sig behandle med medicin? Kan vi f.eks. risikere, at virksomheder og forsikrings-selskaber vil forlange, at rygere tager antiryggepiller, eller at overvægtige tager antifedmemidler for at fremme effektivitet og reducere udgifterne ved sygdom og fravær?

I dag tilbyder mange virksomheder gratis influenzavaccination til sine medarbejdere, hvilket fra et sundhedsmæssigt og forretningsmæssigt synspunkt umiddelbart synes at være et fornuftigt tiltag. Men vil den medarbejder, der takker nej til vaccinationstilbudet, få dårlig samvittighed den dag, han eller hun må blive under dynen pga. influenza?

Og når lægemidlerne findes, risikerer vi da at skabe et samfund af 'rigtige' og 'forkerte' mennesker? Det vil sige et samfund bestående af A-mennesker, som både har ambitionen om og pengene til at forbedre sig med personlighedsregulerende lægemidler, og B-mennesker som enten påberåber sig individets ret til at være, som man er, eller ikke har råd til at lave om på deres 'skavanker' med medicin.

Virkninger og bivirkninger

Ikke alle lægemidler er lige effektive, og med et stigende udbud af medicin, kan man frygte, at der også vil komme flere lægemidler, der ikke virker helt så godt, som man som forbruger må kunne forlange. F.eks. kan man spørge, om det er godt nok, hvis et middel mod skaldethed, kun giver fem ekstra hår på hovedet. Analyser foretaget bl.a. ved det uafhængige forskningsinstitut The Nordic Cochrane Center har afdækket en række tilfælde, hvor effekten ved placebo var lige så stor (eller lille) som ved lægemidlet. Det gør ikke udsagnet om lægemidlets (lille) effekt usand,

men hvis placeboeffekten ikke oplyses, kan der være et moralsk problem.

Når talen går på "livsstilsmedicin", tænkes der generelt på lægemidler, der forbedrer vores livskvalitet med øget sundhed til følge. Kun sjældent omtales bivirkningerne ved lægemidlerne. Det er imidlertid kendt, at når der er en virkning, er der også en risiko for bivirkninger, og spørgsmålet er, om der oplyses tilstrækkeligt om bivirkningerne, herunder om oplysningerne om bivirkningerne er tilgængelige for både læger og forbrugere.

En bekymring er også, om, flere lægemidler på markedet kan betyde, at alternativ behandling eller ændret adfærd i form af f.eks. motion eller tilbud om samtaleterapi tilside-sættes, i de tilfælde hvor medicin ikke nødvendigvis udgør den bedste eller eneste behandlingsform.

Samfundsøkonomien

For den enkelte kan en sygdomsdiagnose betyde gratis behandling af en bestemt livsstil og dermed føre til et bedre liv. Men med en stadig bredere definition af sygdom, må der gøres nogle overvejelser i forhold til de samfundsøkonomiske konsekvenser. F.eks. kan man spørge, om samfundet vil kunne fortsætte med at give tilskud til medicin som hidtil? Og om staten har råd til at overtage forskningen i lægemidler til alvorligt syge, såfremt industrien vælger at prioritere forskningen i medicin til raske?

Konferencedeltagernes definitioner på ”livsstilsmedicin”

- Medicin, der forebygger lidelser, som skyldes livsstil.
 - Livsstilsmedicin er medicin, som indtages for at tillægge sig en speciel livsstil: Ung, glad, stærk, flot, tynd, smart, mv. (vitalitetsskabende midler som amfetamin, Viagra og hormoner til at styrke kroppen).
 - Medicin mennesker tager med henblik på at hjælpe på tilstande som de ikke selv definerer som sygdomme, men fx som ulemper, aldersforandringer, symptomer på en livsstil, de ikke ønsker at ændre – eller som de tager – uden at være syge – for at mindske risikoen for at blive syge eller dø i fremtiden.
 - Medicin der fører til forbedret livskvalitet.
 - Medicin når forandring ikke kan gennemføres.
 - Ikke behandlende men sundhedsfremmende, bevidsthedsudvidende, afvænnende, opstemmende eller livsforlængende medicin.
 - Medicin til mennesker med livsstilssygdomme eller med høj risiko for at udvikle livsstilssygdomme.
 - Medicin for sygdom eller symptomer der er relateret til livsstil.
 - Medicin der anvendes til behandling af tilstande udløst af forkert livsstil, og hvor ændret livsstil kunne være behandlingen i sig selv, men hvor pt. ikke formår dette.
 - Medicin som er med til at tilpasse den livsstil patienten vil føre fx p-piller og viagra, men det kan også være Antacida mod mavesyre eller creme pga. ønske om blød og smidig hud.
 - En af metoderne, som et rigt samfund benytter sig af til symptombehandling. Hvilket i øvrigt skæpper godt i diverse medicinproducenters pengekasser.
 - Rask og sund betyder egentlig også modig. Syg er den, der har tabt modet. Lægens første opgave er at lytte sig til og finde frem til, om den syge i virkeligheden er rask og ved egen hjælp kan genvinde mo-
- det (ordet læge betyder oprindelig besværges) og tage sin skæbne i egen hånd. Lykkes det ikke, kan årsagen være 1. At lægen ikke har været i stand til eller dygtig nok til at finde patienten, der hvor hun eller han er. Eller 2. Patienten er syg og må have medicinsk hjælp. Hvis lægen ikke er læge (besværges), men mediciner vil patienten (den tålmodige) affinde sig med at lægen optræder medicinsk og finde lægen der hvor lægen er – i den medicinske verden, uanset om den tålmodige patient måske kunne have klaret sig uden medicinsk hjælp. Den i virkeligheden måske raske er defineret ind i en sygelig tilstand og føler sig syg, ude af stand til at tage sin skæbne i egen hånd. Jo dårligere læger undersøger patienters resurser, desto større risiko for at patientens tilstand kaldes sygelig.
- Medicin, der ikke anvendes til at behandle eller lindre sygdomme/smerter mv., men som bruges af raske mennesker til at øge den personlige ydeevne (personlige præstationer) i bestemte situationer. Ex: Viagra til efterbehandling af kræftoperede mænd forekommer i orden, men ikke til brugere/misbrugere af fx. kokain, alkohol eller andre stimulanser.
 - Medicin der gives mod tilstande der skyldes livsstil.
 - Medicin som en person tager fordi livet ikke former sig helt som han/hun forventer.
 - Medicin, der anvendes for at forbedre ens generelle livsvilkår eller for at afhjælpe sygdomstegn/symptomer som følge af en uhensigtsmæssig eller usund levevis. Eksempelvis botox-indsprøjtninger i huden for at fjerne rynker, må vel være en slags livsstilsmedicin. ”Lykkepiller” en anden.
 - Medicin der anvendes til at behandle ikke-sygelige tilstande.

- Medicin der gives på grund af "forkert" = "usund" livsstil. Også betegnelse for et paradigme.
- Medicin til forbedring (eller forebyggelse uden dokumenteret effekt).
- Medicin som bruges til raske for at ændre på tilstande, der ikke kræver medicin.
- Medicin, der gives til personer med en formodet usund livsstil med det formål at reducere risiko for sygdom som følge af livsstilen.
- Østrogensubstitution, når den er overflødig. Viagra, når behandling ikke beror på sygdom. Medicin, der gives/indtages uden sygdomsdiagnose.
- Lægemidler som anvendes til at forbedre almindelige tilstande hos patienten eller som anvendes til tilstande fremkaldt af patientens livsstil.
- Medicinering af tilstande, som skyldes en bestemt livsstil og som kunne afbødes ved en ændring af livsstil.
- "Medicin" opfatter jeg som en eller anden type kemisk stof eller fysisk indgreb, som indføres i eller anvendes på kroppen for at forbedre menneskets velbefindende på en anderledes måde end mad og drikke og "stoffer" gør. "Livsstilsmedicin" forandrer menneskets velbefindende på måder, der gør det muligt at opretholde eller opnå en ønsket "stil" og har altså mindre at gøre med helbred i snæver forstand. Livsstilsmedicin anvendes sikkert ofte frivilligt – f.eks. stoffer til forbedring af potens, men kan vel også gives til andre mere eller mindre mod deres vilje, således at disse andre får den "stil" giveren af medicinen ønsker, de skal have. Her tænker jeg eksempelvis på medicin, der får gamle, børn eller sindslidende til at tage sig bedre ud – f.eks. så de undlader at savle eller opfører sig mere roligt.

Konferencedeltagernes definitioner på ”medicin til raske”

- Unødvendig medicin.
- Medicin til raske er forebyggende medicin, som sikrer, at vi fortsat er raske. Echinamin for at undgå forkølelse, loppefrø for at undgå at få irriteret mave, solblokker for at undgå forbrændthed. Endelig findes også medicin af kønshormontypen for at undgå skøre knogler eller PMS.
- Medicin mennesker tager med henblik på at hjælpe på tilstande, som de ikke selv definerer som sygdomme, men fx som ulemper, aldersforandringer, symptomer på en livsstil, de ikke ønsker at ændre – eller som de tager – uden at være syge – for at mindske risikoen for at blive syge eller dø i fremtiden.
- Medicin som i andres øjne ikke er sygdom, men som betyder noget for den syge.
- Hvornår er man rask – hvornår er man syg? Medicin til raske er medicin mod ubehag.
- Forebyggende, delvis behandlende medicin som for eksempel hjertemagnyl og glykosaminsulfat. Hertil kommer ikke behandlende men sundhedsfremmende, bevidsthedsudvidende, afvænnende, opstemmende eller livsforlængende medicin.
- Medicin til mennesker der ønsker at forstærke/forbedre mentale og fysiske evner ud at være ramt af sygdom, der påvirker de pågældende evner. Kunne også defineres som doping.
- Forebyggende medicin samt medicin til at opnå ideal-ønske tilstande.
- Medicin, der skal helbrede eller lindre sygelige tilstande. Her vil en ændret livsstil ikke være tilstrækkelig.
- Forebyggelse af livstruende sygdomme som patienten har risiko for at få (fx simvastatin, Corodil).
- Medicin til raske – dårlig undersøgelse af patientens resurser. Først læge – siden medicus kunne blive konferencens bud på et sundere samfund.
- Lægemidler, der ikke bliver givet forebyggende, men som effektivt markedsføres over for befolkning, politikere og læger. En effektiv markedsføring af ”medicin til raske” øger sygeliggørelsen og medicineringen af befolkningen. Sandsynligvis ordineres/udleveres der i øvrigt i et ikke uvæsentligt omfang almindelige lægemidler til raske. Et andet problem er virkningsløs, konventionel medicin, der sælges dyrt i store mængder. Det er medicin, hvor mange patienter skal behandles i længere tid før én patient – hvilken patient det er, er uforudsigeligt – opnår en marginal effekt.
- Medicin, der gives for at frembringe et velbefindende eller ydeevne hos en rask person.
- Medicin der gives til raske for at forbedre funktioner, der i forvejen virker rimeligt normalt.
- Medicin som bidrager til at komme nærmere drømmebillederne for eget liv, jf. fremtidsforsker Maria-Therese Hoppe. Altså en i princippet uudtømmelig række af præparater.
- Indtagelse af medicin, eller brug af andre former for behandling, for enten at forebygge mulige sygdomme eller for at afbøde eventuelle risici ved en usund levevis. Der er altså et overlap mellem de to begreber [livsstilsmedicin og medicin til raske]. Om bortoperation af fx livmoder/æggestokke på en rask, men disponeret, kvinde, hører ind under livsstilsmedicin til raske, er uklart.
- Medicin der anvendes for at kunne fortsætte med at leve som man hele tiden har gjort – fx ryge eller drikke, til trods for de gener/sygdomme denne livsstil medfører.
- Medicin der gives for at opretholde eller forbedre ydeevne, funktion, velbefindende mv.
- Medicin til forbedring (eller forebyggelse uden dokumenteret effekt). Nok især hvis

livsstilsændringer eller lignende virker lige så godt eller bedre.

- Overflødig medicin, der gives, fordi vi har fået ændret vores opfattelse, så der ikke længere skal være en sammenhæng mellem medicin og sygdom.
- Medicin givet til raske personer, der på grund af arv eller livsstil statistisk har en øget risiko for at pådrage sig sygdom, medicin gives med det formål at reducere eller eliminere risiko.
- Lægemidler som anvendes til at forbedre almindelige tilstande hos patienten.
- Unødig anvendelse af medikamenter til normale tilstande.
- I min opfattelse anvendes medicin kun til syge samt som forebyggende foranstaltning. "Medicin til raske" er derfor i snæver forstand et selvmodsigende begreb. Imidlertid kan både "syg" og "forebyggende" forstås på mange måder. Nogle kan derfor opfatte et menneske som enten sygt eller i behov for forebyggelse, hvor det samme menneske af andre opfattes som raskt og uden behov for forebyggelse. Når der gives medicin til et menneske, som man opfatter som raskt og uden behov for forebyggende medicin, kan man vil sige, at her gives "medicin til raske". Begrebet er således også moralsk fordømmende, idet der ligger i det, at man giver medicin til de forkerte.