



Marcus Venn Halseth

«Den som vet hvordan lover og pølser blir laget, får aldri mer en rolig natts søvn»
– Otto von Bismarck

En kvalitativ studie av farmasøytisk industris rolle i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter

Masteroppgave i sosiologi

Trondheim, september 2014

Forord

Det er flere personer jeg ønsker å rette en spesiell takk til for å ha gjort dette prosjektet gjennomførbart. Først og fremst vil jeg takke alle mine informanter for å ha delt sin tid og kunnskap med meg. Jeg vil også takke min veileder Aksel Tjora for gode diskusjoner og hjelp med denne studien. Lars Slørdal fortjener også en spesiell takk for tips til litteratur og konstruktive innspill til min forståelse av farmasøytisk industri.

Den personen som skal ha størst takk for at jeg har klart å gjennomført dette er min mor, Trude Venn Reistad. Gjennom din motivasjon og «ståpå-vilje» har du vært en stor inspirasjon for meg så lenge jeg kan huske. Mine besteforeldre Olly Halseth, Arne Halseth og Norolf Venn har alle gjort min studiehverdag lettere med å legge forhold til rette og vært til fantastisk stor hjelp for meg når det har trengtes. Min onkel, Rune Venn, fortjener også en stor takk for å alltid ha stilt opp for meg.

Takk til alle mine venner på universitet for både moralsk støtte og hjelp til å kunne gjennomføre dette. En siste takk rettes til alle mine venner som har gjort livet utenfor studiene mye lettere.

Marcus Venn Halseth

Trondheim, august 2014

Sammendrag

Denne masteroppgaven er en sosiologisk studie som ønsker å belyse hvilken rolle farmasøytisk industri i Norge har i dagens samfunn, i lys av medikaliseringsteorien, farmasøytikaliseringssteorien og teorien om obligatoriske passeringpunkter samt hvilke konsekvenser dette har for samfunnet vi lever i.

Studien er en kvalitativ analyse basert på empirisk datamateriale bestående av ni dybdeintervjuer, som inkluderer fem legemiddelkonsulenter, tre leger og farmakologiprofessor Lars Slørdal. Denne studien har en problemstilling og fire forskningsspørsmål. Hovedproblemstilling er: *Hvilken rolle har den farmasøytiske industri i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter?* Mine forskningsspørsmål er følgende: *Hvordan jobber farmasøytisk industri frem nye medisiner? Hvordan jobber farmasøytisk industri med å få sine medisiner ut i markedet? Hvordan jobber farmasøytisk industri opp imot leger? Hvilke konsekvenser har denne måten farmasøytisk industri utfører sitt arbeid på for samfunnet?*

Studien konkluderer med at forholdene rundt farmasøytisk industri er komplekse og sammensatte, men at man kan si noe om hvilken rolle industrien har, og hvilke konsekvenser dette har for samfunnet vi lever i. (1) rolle som leverandør av viktige medikamenter, (2) påtatt rolle som påvirkningsagent, (3) todelt rolle sett i sammenheng med leger: ønsker å påvirke i en bestemt retning samtidig som de fortsatt virker å være en viktig informasjonskilde og (4) en aktiv rolle som søker definisjonsmakt over menneskelige problemer som ønskes definert inn i det medisinske behandlingsregimet.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Presentasjon av studie	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.3 Leserveiledning	4
2.0 Tidligere forskning om farmasøytisk industri	7
2.1 Framtidsoptimisme og tro på teknologiske fremskritt	7
2.2 Den farmasøytiske industri i Norge	8
2.2.1 Lovregulering	9
2.2.2. Det norske helsevesenets organisering og behov	9
2.3 Leger og legemiddelkonsulenter	10
2.4 Medisin, helse og profitering	12
3.0 Teori	15
3.1 Medikalisering	15
3.1.1 Medikalisering av sosial kontroll	15
3.1.2 Medikalisering av individets mulighet for selvhjelp	17
3.1.3 Medikalisering av avvik	18
3.1.4 Medikaliseringens drivkrefter	21
3.2 Farmasøytikaliserings	23
3.2.1 Definisjon	23
3.2.2 Sosiologiske dimensjoner ved farmasøytikaliserings av samfunnet	24
3.3 Obligatoriske passeringspunkter (OPP)	26
4.0 Metode	29
4.1 Kvalitativ metode	29
4.2 Produksjon av data	30
4.2.1 Dybdeintervjuer	31
4.2.2 Dokumenter som tilleggsdata	34
4.2.3 Stegvis-deduktiv induktiv metode	35
4.2.4 Transkribering, koding og kategorisering	35
4.3 Etiske retningslinjer	36
4.3.1 Fritt samtykke og konfidensialitet	36
4.3.2 Miljøanonymisering	37
4.4 Kvalitetssikring	38
4.4.1 Pålitelighet	38

4.4.2 Gyldighet.....	39
4.4.3 Generaliserbarhet	40
4.4.4 Transparens og refleksivitet	40
5.0 Analyse	43
5.1 Fra forskning til marked.....	43
5.1.1 Prosess, forskning og industriens tilstand	44
5.1.2 Markedsføring, nettverk og konkurranse	48
5.1.3 Reguleringer og bedriftskultur	52
5.2 Den farmasøytiske industriens påvirkningskraft	54
5.2.1 «Texas» -tiden og frem til i dag	54
5.2.2 Industriens påvirkningsstrategier og lobbyvirksomhet	59
5.2.3 Blåreseptnemnda – et eksempel.....	62
5.3 Farmasøytisk industri og leger	66
5.3.1 Legemiddelkonsulenten hos leger.....	66
5.3.2 Tilbøyelighet i forskrivningen og kongressreiser	70
5.4 Samfunnskonsekvenser	76
5.4.1 Årsaker til vekst i antall legemidler	76
5.4.2 Patenter og kopipreparater	79
5.4.3 Sykdommer i dagens samfunn.....	83
6.0 Diskusjon og avslutning	87
6.1 Hvordan jobber farmasøytisk industri frem nye medisiner?.....	87
6.2 Hvordan jobber farmasøytisk industri med å få sine medisiner ut i markedet? ...	90
6.3 Hvordan jobber farmasøytisk industri opp imot leger?	93
6.4 Hvilke konsekvenser har denne måten farmasøytisk industri utfører sitt arbeid på for samfunnet?	97
6.5 Hvilken rolle har den farmasøytiske industri i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter?	100
6.6 Avslutning	102
7.0 Litteraturliste.....	
8.0 Vedlegg	
8.1 Vedlegg 1	
8.2 Vedlegg 2	
8.3 Vedlegg 3	
8.4 Vedlegg 4	

1.0 Innledning

Da jeg satt meg ned for å skrive notater til dette innledningskapittelet la jeg merke til noe som jeg opplevde som litt forbausende. Pennen jeg skrev notater med var merket «ExforgeHCT - amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide Novartis». Selve pennen var god å skrive med og den hadde til og med gummibeslag rundt, noe som gjorde skriveopplevelsen meget behagelig, men nysgjerrigheten rundt hva dette var for et firma eller varemerke forsvant ikke. Etter et kjapt søk på Google fant jeg ut følgende om hva dette var: «Behandling av essensiell hypertensjon som substitusjonsterapi hos voksne pasienter som er tilstrekkelig blodtrykkskontrollert med kombinasjonen amlodipin, valsartan og hydroklortiazid, tatt som enten tre enkeltmedikamenter eller som et dobbeltmedikament og et enkeltmedikament» (Felleskatalogen, 2002). Etter nærmere betraktning kan jeg husk å ha fått denne pennen fra min mor, som er legesekretær, som igjen sikkert har fått pennen fra en legemiddelkonsulent. Etter å ha gjennomført denne undersøkelsen kommer jeg trolig ikke til å glemme ExforgeHCT, så det farmasøytiske firmaet Novartis har tydeligvis gjort en god jobb for å markedsføre sitt produkt når de har klart å reklamere til meg som sitter på en lesesal på Dragvoll, langt vekk fra nærmeste legekantor.

Helse er noe som alle i samfunnet er opptatt av i større eller mindre grad, og utgangspunktet for behandling av eventuelle helseproblemer er produkter fra den farmasøytiske industri. Selv om dette er tilfellet viser et kjapt søk i Atekst¹ at ordet «helse» nevnes i godt over 100.000 oppslag i norske medier hvert år siden 2010, mens ordet «farmasøytisk» kun har mellom 500-600 oppslag fra 2010 og frem til i dag. Fokuset på helse, men ikke det som ligger bak som utgangspunkt for helse, er noe som gjorde meg nysgjerrig på å utforske farmasøytisk industris rolle i dagens samfunn.

På bakgrunn av at sosiologien tar sikte på å analysere samfunn og forstå hva som driver et samfunn i forskjellige retninger, er det interessant å studere farmasøytisk industri i Norge og hva slags drivkrefter og mekanismer som ligger bak de samfunnsutviklingene som har skjedd de senere år. Ved å bruke sosiologien håper jeg på å forstå hvilken rolle den farmasøytiske industri har i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved medikamenter.

¹ Retriever, også kjent som Atekst, er Nordens største leverandør av medieovervåking, verktøy for redaksjonell research og medieanalyse (Retriever, ingen dato).

1.1 Presentasjon av studie

I en undersøkelse gjort av Tørisen (2009) er det fire farmasøytiske bedrifter i Norge som regnes som de «klassiske»: Nyegaard & Co A/S (Nyco), A/S Apothekernes Laboratorium for Specialpræparater (A.L), A/S Farmaceutisk Industri (AFI) og Weiders Farmasøytiske A/S (Weifa). Nyco, som er den eldste, ble grunnlagt i 1847 og eksisterer fortsatt i dag under navnet Nycomed. Både A.L og Weifa er sentrale aktører på det norske markedet, mens AFI ble innlemmet i Nycomed-gruppen i 1985. I tillegg til disse fire skal også Collett & Co. AS nevnes som en markant bedrift på vitaminmarkedet i Norge. Collet var en familiebedrift opprinnelig, noe som kjennetegner andre av de norske bedriftene også, og de gikk til slutt inn i Nycomed-konsernet i 1992. I undersøkelsen hevdes det at fra rundt 1980 og frem til i dag har den farmasøytiske industri gjennomgått en internasjonaliseringsprosess. De senere år har flere utenlandske bedrifter markedsført sine produkter i Norge. Disse utenlandske bedriftene er representert i Norge gjennom såkalte agenturer². Agentene overtar ikke eiendomsretten for varene og tjenestene, men fungerer på en måte som en distributør. Tørisen (2009) hevder at en stor årsak til at dette skjedde er en betydelig ekspansjon av utenlandske bedrifter fra 1980 og frem til i dag har med EØS-avtalen fra 1994 å gjøre, selv om dette også forekom før 1980. Globaliseringsprosessen må også ta sin del av «skylden» for denne trenden. Som en konsekvens av dette har investorer fått større makt gjennom at de eier store deler av selskapene, noe som igjen har ført til flere oppkjøp og navneendringer. I dag ser vi at utenlandsk industri dekker ca. 90 % av legemiddelmarkedet her til lands hvis man regner i kroner (Tørisen, 2009).

Samtidig i denne perioden har man sett en økning i både antall og salg av legemidler i Norge (Legemiddelstatistikk, 2013: 1). I 2003 var det årlige salg av legemidler i Norge omtrent 14,5 milliarder kroner, mens i 2012 hadde salget økt med 4,3 milliarder kroner til 18,8 milliarder kroner. Dette er medisiner med markedsføringstillatelse og veterinærmedisiner er ikke inkludert. Årsaken til dette kan være mange, og disse aspektene er noe jeg ønsker å undersøke gjennom denne studien. Dette vil også reflekteres av min problemstilling, som vi senere skal se.

Grunnen til at farmasøytisk industri i Norge ble valgt som studieobjektet var en ren nysgjerrighet fra min side rundt at farmasøytisk industri i Norge har endret seg samtidig som medisinsalget ekspanderer. Alle har et eller annet forhold til industrien gjennom at vi alle har tatt en eller annen

² Agentur, en agents virksomhet, har rett til å representere et handelshus/annen virksomhet (Store norske leksikon, 2009)

form for medisin i løpet av livet. Ved nærmere ettersyn fant jeg ut at det heller ikke er mange som har undersøkt dette i Norge, noe som gjorde prosjektet enda mer spennende for min del.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Mitt prosjekt tar utgangspunkt i den farmasøytiske industriens rolle i et samfunn der medisinske problemer blir behandlet i stor grad gjennom medisiner. Formålet for studien er å undersøke hvilke konsekvenser og mekanismer som ligger bak denne prosessen. Dermed blir det interessant for meg å undersøke hvordan nye medisiner skapes, hvordan det jobbes for å få ut medisinene til et marked, hvordan industrien jobber imot leger for å få solgt sine preparater og hvilke konsekvenser dette har for samfunnet. For å kunne jobbe grundig og systematisk med denne omfattende prosessen har jeg valgt jeg en problemstilling og fire forskningsspørsmål. Studiens overordnede problemstilling er følgende:

Hvilke rolle har den farmasøytiske industri i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter?

For å kunne besvare denne problemstillingen er dybdeintervjuer med fem legemiddelkonsulenter, tre leger og Lars Slørdal som er professor i farmakologi utgangspunktet for mine data. I tillegg til intervjuene vil medikaliseringsteorien, farmasøytikaliseringssteorien og teorien om obligatoriske passeringspunkter danne grunnlaget for besvarelsen. Tidligere forskning vil trekkes inn for å støtte opp om mine funn. For å kunne gripe fatt i dette omfattende studieområdet har det vært viktig for meg å gå systematisk til verk ved bruk av forskningsspørsmål som baserer seg på prosessen fra hvordan et medikament utvikles og opp til hvilke konsekvenser dette har på samfunnsnivå. Derfor lyder første forskningsspørsmål slik:

Hvordan jobber farmasøytisk industri frem nye medisiner?

Etter at et medikament er utviklet skal det distribueres videre for å gjøre prosessen profitabel. Derfor vil neste forskningsspørsmål dreie seg om hvordan dette gjøres:

Hvordan jobber farmasøytisk industri med å få sine medisiner ut i markedet?

En naturlig del av å få sine medikamenter ut i markedet er interaksjon med leger som sitter med forskrivningen av nye medikamenter. På dette forskningsspørsmålet blir tidligere forskning på legers interaksjon med legemiddelkonsulenter og teorien om obligatoriske passeringspunkter viktig for å kunne besvare. Dermed baseres neste forskningsspørsmål på hvordan industrien gjør dette:

Hvordan jobber farmasøytisk industri opp imot leger?

Resultatet av hvordan farmasøytisk industri jobber oppsummeres i det siste forskningsspørsmålet og dette forskningsspørsmålet er det som er nærmest knyttet opp til problemstillingen, men alle forskningsspørsmålene er viktige steg i å besvare problemstillingen. Her blir særlig medikaliseringsteorien og farmasøytikaliserings-teorien viktig for å kunne belyse:

Hvilke konsekvenser har denne måten farmasøytisk industri utfører sitt arbeid på for samfunnet?

1.3 Leserveiledning

For å kunne si noe om farmasøytisk industris utvikling starter dette prosjektet med en redegjørelse av tidligere forskning på feltet. Dette kapitlet vil ta for seg hvilke kontekster som industrien har utviklet seg i, hvordan industrien er i dagens Norge, kort om hvilke lover den er bundet under og hvordan dens interaksjon med det norske helsevesenet fungerer. Videre vil tidligere forskning rundt leger og legemiddelkonsulenter presenteres, før kapitlet avsluttes med internasjonal forskning rundt medisin, helse og profitering. Som vi skal se er ikke farmasøytisk industri i Norge en industri som er nevneverdig mye forsket på så derfor vil kapitlet om tidligere forskning være preget av relativt få kilder. Tørisen (2009) vil være en viktig kilde som redegjør for de norske farmasøytiske bedriftene, mens Buljo & Gjævers (2010) analyse forteller noe om forutsetninger for industrien i Norge. Videre vil mekanismer og strukturer som preger det norske helsevesenet presenteres gjennom tekstene til Frich & Hofmann (2009) og Lian (2009) disse vil være viktige for å kunne forklare hvordan farmasøytisk industri fungerer og handler i markedet. Siden denne studien ønsker å undersøke hvilken rolle farmasøytisk industri har i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter, blir det viktig å undersøke hvordan industrien jobber og hvilke virkemidler de bruker for å distribuere sine medikamenter. Begreper som mekanisme og virkemidler blir her sentrale. Tanken bak studien er at gjennom sitt arbeid handler farmasøytisk industri på en måte som fører til økt medikament bruk og intensjonen trenger ikke alltid være god, derfor vil det teoretiske bakteppe i stor grad omhandle teorier om hvordan samfunnet medikaliseres, farmasøytikaliseres og hvordan teknologi former/bygger samfunnet.

Innenfor medikaliseringstradisjonen vil Zola (1972), Illich (1976) og Conrad & Scheider (1992), samt Løchen (1972) og Lian (2012) alle være sentrale. Årsaken til dette vil bli nærmere begrunnet i kapittel 3.1. Videre vil «pharmaceuticalization»-teorien med Williams, Martin & Gabe (2011) og Abraham (2010) være sentral som en spesialisierende videreutviklet teori fra medikaliseringsteorien. Begge disse teoriene er viktige for å kunne forklare farmasøytisk industris utvikling og posisjon i dagens samfunn. Dermed også viktig for å kunne besvare hvilken rolle de har i dagens samfunn der stadig flere problemer som individet opplever forklares og behandles

ved bruk av medisiner. Til slutt i teorikapitlet presenteres teorien om obligatoriske passeringpunkter som vil være med på å forklare skiftet i måten legemiddelkonsulenten arbeider på, fra å være sentrert spesielt rundt leger til å muligens ha flyttet seg mot andre instanser.

Videre kommer så studiens metodekapittel som tar på seg å redegjøre for den kvalitative forskningsmetoden med særlig fokus på den stegvis- deduktiv induktive metoden som danner rammen for forskningsprosessen. Hvordan data ble produsert, aspekter ved dybdeintervju og dokument som tilleggsdata samt transkribering, koding og kategorisering vil bli belyst og drøftet. Deretter drøftes de etiske retningslinjene som man må forholde seg til samt utfordringer med anonymisering, før kvaliteten på forskningen blir vurdert til slutt.

I analysekapitlet vil informantenes stemmer ha hovedfokus, da særlig med fokus på hvordan industrien fungerer og hvordan det jobbes. Analysen vil deles inn i fire deler som er basert på de fire delene i intervjuguiden som igjen er basert på de fire forskningsspørsmålene. Del en vil omfatte prosessen fra da et medisin blir til og hvordan det kommer ut i markedet, del to omfatter industriens arbeid når medikamentet har kommet ut i markedet, del tre beskriver industriens forhold til leger som er meget viktig gjennom sin forskrivingsmakt og siste del omfatter hvilke konsekvenser måten industrien jobber på har for samfunnet.

Gjennom oppgavens diskusjonskapittel vil det tydelig fremkomme at farmasøytisk industris rolle i all hovedsak kan oppsummeres gjennom fire punkter. (1) Deres rolle virker først og fremst å være en leverandør av medikamenter som er viktig for dagens samfunn. Rollen virker i stor grad å være påvirket av mange ulike faktorer som presser bransjen inn i den rollen den virker å ha. Disse faktorene er regulering, lovverk, fremskrittstro, optimisme rundt teknologi, omorganisering i bransjen, press fra moderselskapene, offentlige aktører, befolkningens oppfattelse av bransjen, leger, sykehus og helseprofesjonen generelt. Dette fører til at farmasøytisk industri i Norge har en rolle som er under stadig endring og press fra mange ulike ståsteder og kontekster. (2) Videre virker farmasøytisk industri i Norge å ha en rolle som en som innebærer at de ønsker å påvirke hvilke medisiner som selges, hvilke terapiområder det skal fokuseres på og hvordan disse medisinene skal fremstilles. Dette er en rolle som de i stor grad selv har påtatt seg gjennom markedsføringsstrategier de velger å følge. Dette har ført til at industrien i dagens samfunn har valgt å gå nye veier for å påvirke leger, sykehus og beslutningstakere innenfor helseprofesjonen. (3) Deres rolle i forhold til leger, som tidligere slått fast er en viktig del av hvilke rolle farmasøytisk industri har, virker å ha endret seg på grunn av deres endringen nevnt i (1) og (2). Deres rolle i dag ser ut til å være todelt: man ønsker å påvirke legene i en bestemt retning mot

deres medikamenter, men endringer i påvirkningsstrategiene har ført til at viktigheten av legene har krympet, samtidig gir empiren uttrykk for at farmasøytisk industri fortsatt er en viktig informasjonskilde for legene. (4) Deres rolle i forhold til økning av medikamenters bruk og omfang samt sykdomsdefinisjoner ser ut til å være en aktiv rolle som søker definisjonsmakt for å få sin definisjon av den sosiale realiteten til menneskelige problemer inn under det medisinske behandlingsregimet. Noe som gjøres for å øke industriens fortjeneste og omfang.

2.0 Tidligere forskning om farmasøytisk industri

I dette kapitlet vil jeg presentere tidligere forskning om den farmasøytiske industri. Først vil jeg beskrive industriens utviklingsgrunnlag gjennom fremtidsoptimisme og teknologiske fremskritt. Videre vil jeg gi en oversikt over den farmasøytiske industri i Norge, legemiddelbruk, lovreguleringen, organiseringen av det norske helsevesenet og hvordan behov reguleres og skapes. Kapitlet tar også for seg en rekke ulike vinklinger på hvordan den farmasøytiske industri blir fremstilt i ulike kontekster, da særlig med fokus på medisiner og profitering.

2.1 Framtidsoptimisme og tro på teknologiske fremskritt

Ifølge Rasmussen (2009) er fremskrittsoptimisme noe som preger det vestlige samfunnet etter den andre verdenskrig og da er det særlig alle gjennombrudd innenfor medikamentelle eller teknologisk behandling som står i sentrum. Det hevdes i denne artikkelen at man ved hjelp av medikamenter eller apparater kunne forlenge livslengde og utrydde sykdommer, noe som skapte begeistring. Dette er den positive siden med farmasøytisk industri, noe som vi i dag kanskje ser på som noe idealistisk. Rasmussen (2009) hevder videre at det er problematisk å forestille seg at noe annet enn en kapitalistisk industri skulle kunne makte å gjennomføre slike prosjekter, ser man for eksempel på Øst-Europa i etterkrigstiden hevdes det at omtrent ikke et eneste brukbart legemiddel ble utviklet. Grunnene til dette er mange, men artikkelforfatteren peker først og fremst på at det å fremstille et legemiddel er en meget sammensatt og kompleks prosess som krever store investeringer både i tid og økonomi. For hvert legemiddel som kommer på markedet blir hundrevis forkastet og risikoen ved en investering er høy, mens patenttiden er kort. Dessuten har det i de senere år vært enorme erstatningssummer, og det er muligens ikke da så rart at man ønsker å ta ut fortjeneste når man først har utviklet et godt legemiddel. Artikkelen presiserer at det er liten tvil om at industrien har spilt en sentral rolle i de medisinske fremskrittene vi har sett de siste 60 årene også innenfor akademisk medisin gjennom samarbeidsprosjekter.

Rasmussen (2009) hevder videre at det i løpet av de siste 20 årene har skjedd en forandring i verdiene og organiseringen til bedriftene, noe som har gitt et negativt utslag. Disse gründerne, idealistene og forskerne som vi i større grad finner i industriene frem til rundt 1990 har blitt erstattet av jurister og økonomer. Denne omstillingen har ikke samarbeidspartnerne på universitetene i stor nok grad vært klar over og forstått at det har krevd en endring i holdningen til den farmasøytiske industrien. På bakgrunn av at store deler av industriens inntekter kommer fra offentlige midler og at helse er noe som har såpass stor verdi for alle individer, er det muligens ikke så rart at industrien både har medias og regulerende myndigheters oppmerksomhet på seg.

Rasmussen (2009) hevder at det er få andre industrier som er så omfattende regulert som den farmasøytiske gjennom legemiddelloven og helsepersonelloven. Dette har følgelig ført til at industrien befinner seg i et spenningsfelt mellom to institusjoner: samarbeidet mellom industrien og universiteter/sykehus og den regulerende myndighet. På den ene siden finner vi samarbeide med universiteter og sykehus om alt fra forskning til utvikling av utstyr og bruk. På den andre siden finner vi samarbeidet og koordineringen med regulerende myndigheter (Rasmussen, 2009). Spørsmålet som vi må stille oss her er om disse grensene fungerer som de skal. Rasmussen (2009) på sin side hevder at industrien har blitt en for sterk aktør i forhold til de involverte institusjonene og at verken media eller de regulerende myndighetene kontrollerer industrien i vesentlig grad. Det er derfor ingen grunn til å tro at problemene på feltet er blitt eller er på vei til å bli mindre.

2.2 Den farmasøytiske industri i Norge

Den farmasøytiske industri i Norge har som vi har sett en lange tradisjon, og det er i dag om lag ti produsenter som har legemidler på markedet (Buljo & Gjæver, 2010). I de senere år har flere firma investert i produksjonsanlegg i Norge, dette fordi det viser seg å være kostnadseffektivt på grunn av høy kompetanse, kvalitet og en kontinuerlig vilje til innovasjon og forbedring i prosessen, hevder Buljo & Gjevær (2010) i en markedsanalyse av industrien i Norge. I deres analyse kommer det frem at farmasøytisk industri i Norge er relativt liten, men er en industri i vekst, der ca. 4300 personer er ansatt og hvorav den største delen ansatte befinner seg i firma som jobber med produksjon av legemidler. I Norge har bransjen tradisjonelt vært preget av sterke finanspolitiske interesser, men i de senere år har man opplevd en blomstrende næringspolitisk interesse. Ser vi på våre naboland (Sverige, Danmark og Finland) ser vi at industrien har en sterkere posisjon enn hva den har i Norge, men vekstmulighetene er like som i nabolandene i årene fremover kommer det frem i markedsanalysen. I 2010 var det 10 bedrifter som produserte legemidler til marked i Norge. Seks av de ti firmaene er medlem av Legemiddelindustriforeningen (LMI) som er en interesseorganisasjon som jobber for å fremme forskning og innovasjon i farmasøytisk produksjon i Norge. LMI har totalt i 2010 44 medlemsbedrifter og står for over 80 % av den totale omsetningen i Norge (Buljo & Gjæver, 2010).

I 2012 omfattet salget av legemidler med markedsføringstillatelse 13,2 milliarder kroner i Norge, hvorav 0,8 milliarder var veterinærlegemidler (Legemiddelstatistikk, 2013: 1). Dette utgjør en estimert utsalgspris på ca. 18,8 milliarder kroner, dette tilsvarer en økning på 3,5 % fra 2011. Av denne omsetningen utgjorde 85 % reseptbelagte legemidler, en andel som har vært relativt stabil siden 2008. Dette betyr ifølge beregninger gjort av Legemiddelstatistikk (2013: 1) at salget av reseptfrie legemidler utgjorde 15 %, noe som var en økning på 1 % fra 2011.

2.2.1 Lovregulering

For å kunne forstå hvordan den farmasøytiske industri fungerer er det viktig å se på hvordan loven regulerer næringen og her er Norge særskilt fra mange andre land i verden. I 1992 kom legemiddeloven som skal regulere alt fra krav til legemidler til markedsføring og reklamering (Legemiddeloven (1992), § 1-21). I den forbindelse er det nødvendig å nevne helsepersonelloven som har en tredelt funksjon: den skal bidra til sikkerheten for pasienter, til kvaliteten i helse og omsorgstjenesten og den skal sist men ikke minst være med på å danne grunnlaget for befolkningens tillit til helsepersonell og helseomsorgstjenesten (Helsepersonelloven (1999), § 1). Helsepersonelloven har en direkte tilknytning til legemiddeloven gjennom helsevesenets kontakt med farmasøytisk industri og legemiddelkonsulenter. Dette ser vi tydelig gjennom helsepersonellovens paragraf 9 som forbyr helsepersonell å motta gaver, gjenstander, tjenester, provisjon eller andre ytelser som kan påvirke deres arbeid og tjenester på en utilbørlig måte (Helsepersonelloven (1999), § 9).

2.2.2. Det norske helsevesenets organisering og behov

Ifølge Lian (2009) har de viktigste reformene i det offentlige helsevesenet i Norge de siste tiårene vært preget av en fellesnevner, nemlig at de har markedet og private bedrifter som sine idealer. Det legges opp til at de ulike helseinstitusjonene skal drives som om de var private aktører som konkurrerer mot hverandre i et marked. Gode eksempler på dette er for eksempel fritt sykehusvalg og den nye fastlegeordningen. I denne måten å tenke helseorganisering på, gjennom fristilling fra politisk styring, blir bruk av konkurranse, økonomiske insentiver og kronetelling sentrale virkemidler. Lian (2009) hevder videre at dette får den konsekvens at helsetjenesten blir betraktet og blir behandlet som varer med prislapper, helsearbeidere som helseprodusenter og pasientene ses på som kunder eller potensielle kunder. Gjennom en vurdering av kriteriene for at et marked skal fungere kommer artikkelforfatteren frem til at ingen av forutsetningene for at det skal fungere (kundene må vite hva de trenger, ha god informasjon om varene, oversikt over hva som tilbys og ha reelle valgmuligheter) er innfridd. På bakgrunn av dette foreslås det at en offentlig solidarisk helsetjeneste vil være både mest rettferdig og effektiv, markedskreftene vil ikke i samme grad være like effektive som mange hevder (Lian, 2009).

Når man skal snakke om sykdomsbegreper og behov i forhold til sykdom blir det ofte vanskelig og komplisert. Frich & Hofmann (2009) forklarer dette med at sykdom er noe som har en subjektiv opplevelsdimensjon med en biologisk komponent som ofte formes rasjonelt ut i fra hvordan det avviker fra normer og er noe som i tillegg defineres ut i fra samfunnsmessige forhandlinger. Samtidig vil også hva man velger å definere som sykdom være avhengig av teknologi som er

tilgjengelig og dermed blir sykdom noe man må ses i sammenheng med hvilken definisjon man velger å bruke. Videre hevder Frich & Hofmann (2009) at behov for helsetjenester kan skapes gjennom blant annet smerte, lidelse, en opplevelse av usikkerhet og kunnskap om mulig behandlingsalternativer. På samme måte kan ulike aktører være med på å skape et behov ved å påvirke hva som skal oppfattes som normalt og hva som er akseptable å leve med samt hva som ikke er akseptabelt å leve med. Når teknologi blir tilgjengelig kan det også i likhet skapes et behov. Behovsdannelse kan også skapes gjennom helsemyndigheter eller aktører innenfor den offentlige helsetjenesten, på samme måte som farmasøytisk industri eller aktører i farmasøytisk industri kan gjøre dette, noe som vil være med på å prege vårt syn på helse, sykdom og hva som vil være avvik i en slik sammenheng (Frich & Hofmann, 2009). På denne måten må forholdet mellom opplevd behov, forventninger, etterspørsel og tilbud etter/av helsetjenester se på som noe som står i et dynamisk og komplekst forhold til hverandre.

2.3 Leger og legemiddelkonsulenter

Interaksjonen mellom leger og representanter fra den farmasøytiske industri er noe som forekommer ofte, og det viser seg at møtene er viktige for legene. Ifølge en undersøkelse gjort av Christensen & Straand (2008) fra 2002 ser vi at en allmennlege i snitt har tre til fire besøk per måned, og at fire av ti av disse norske legene mente at informasjon fra den farmasøytiske industri var avgjørende for deres faglige oppdatering. Selv om flere leger hevder at de selv ikke blir påvirket av markedsføring, har flere undersøkelser vist det motsatte og at et personlig møte mellom legen og industrirepresentanten er spesielt effektivt til å påvirke legenes forvaltningspraksis. Dette hevder artikkelforfatterne at kan ha en del uheldig effekter ved seg gjennom en uhensiktsmessig forskrivningspraksis i form av økt bruk av de nyeste medikamentene, økt forskrivningskostander og mindre bruk av medikamenter som tilsvarer det nye medikamentet. I samme undersøkelse, som forøvrig ble gjennomført blant 144 legestudenter over to kull som var på femte studieår i Oslo, der studentene skulle delta på et møte med en firmarepresentant i sin praksisperiode, ble det gjort en del interessante funn. For det første viser undersøkelsen at de fleste møtene med firmarepresentanter i allmennpraksis ofte skjer i form av en gratis lunsj der alle ansatte på legesenteret deltar. For det andre er utdeling av prøvepakninger og små gaver vanlig praksis ved slike besøk. Det siste funnet i studien, og kanskje det mest oppsiktsvekkende, er at firmarepresentantene ofte utelater vesentlig sikkerhetsinformasjon om de legemidlene som promoterer (Christensen & Straand, 2008).

Når det kommer til legers forhold til den farmasøytiske industri har det vokst frem et begrep som omtaler leger som avhengige av industrien, legemiddelfirmaavhengighet. Ifølge Straand & Myhr

(2002) er dette noe som forekommer ofte og som med all avhengighet er benektelse av avhengigheten vanlig for de som er i faresonen for å være avhengige og kunnskap om denne avhengighet er viktig for å definere hvordan leger skal skape uavhengighet i forhold til farmasøytisk industri. Legemiddelfirmaavhengighet handler om tre ulike aspekter: fysiologisk avhengighet, psykologisk avhengighet og atferdsmessige tegn på avhengighet (Straand & Myhr, 2002). Det fysiologiske aspektet handler om økonomiske relasjoner som leger kan ha med farmasøytisk industri, det psykologiske aspektet handler om psykososial og faglig avhengighet og atferdsmessige tegn kan eksistere i legenes forskrivningsmønster. Artikkelforfatterne hevder at årsaken til at tette bånd skapes mellom leger og legemiddelkonsulenter kan være mange og ofte kan relasjonen være forsterket med industrirelaterte møter og reisevirksomhet. Konsulentene som kommer for å presentere et preparat kommer ikke med helseplager og de behandler legene med respekt samt at de setter pris på legenes innspill, dessuten er også legemiddelkonsulentene ofte hyggelig, hjelpsomme, unge, pene og spandable. Det er lett å forstå at et legemiddelkonsulentbesøk kan være en god «pause» i en travel hverdag for en lege. Allmennpraktikere har ofte hektiske hverdager og det vil derfor muligens være både praktisk og behagelig med slike besøk som sørger for faglig påfyll, dette vil over tid bidra til en psykososial tilvenning som er preget av sosial tilhørighet og personlig vennskap (Straand & Myhr, 2002). Dette betyr at legemiddelfirmaavhengighet er noe som utvikles over tid og denne avhengigheten er knyttet til en rekke symptomer som kan indikere nettopp dette. Passivisering i forhold til produsentnøytral etterutdanning er noe som i praksis betyr at leger overlater denne funksjonen til industrien og dermed får industrien makten til å definere behovet for ny kunnskap (Straand & Myhr, 2002). Leger oppgir i stor grad legemiddelkonsulenten som en nær faglig rådgiver og dette er problematisk fordi på firmaenes møter så er det ofte de nyeste preparatene som er i hovedfokus. Dette kan være problematisk understreker artikkelen fordi industriens intensjon er å få solgt nye preparater som er utviklet og dermed blir oppdatert kunnskap om produkter som er i bruk nedprioritert. På denne måten kan man se at konsulentene skaper et informasjonsbehov for å skaffe seg kunnskaper om nye produkter som er på markedet.

Straand & Myhr (2002) påpeker også at forskere og opinionsledere er utsatt i høy grad for legemiddelfirmaavhengighet der spesielt foredrag, utarbeiding av informasjonsmateriale og organisering av kliniske utprøvinger er gode potensielle inntektskilder for disse. Gjennom denne kontakten kan spesialister og forskere etter hvert føle en form for takknemlighetsgjeld til det firma som har gitt oppdrag og at denne tilbakebetalingen kan være å snakke pent om firmaets medikamenter eller ved å ikke bemerke i like store grad bivirkninger eller andre kritiske aspekter

ved firmaet eller deres medikamenter. Videre påpekes det at det å pleie kontakt med flere konkurrerende firmaer av og til blir sett på som en form for bevis på faglig uavhengighet, men det å balansere egen lojalitet mellom konkurrerende firmaer kan også handle om å optimalisere egne interessere.

2.4 Medisin, helse og profitering

«Medisin is broken. While patients trust that their drugs are safe and regulated, and doctors attempt to prescribe the most effective course, the global pharmaceutical industry is a \$600 billion business rife with corruption and greed» (Goldacre, 2012: ix). Slik lyder introen på Ben Goldacres (2012) bok som tar stand på å forklare hvordan farmasøytiske selskaper lurer doktorer og skader pasienter. Dette hevder han gjøres gjennom å vise hvordan industrisponsede studier i større grad har en tendens til å vise resultater som er fordelaktig for det legemidlet som selskapet som har sponset studien har. Dette utsagnet baseres på en studie gjort av tre forskere på Harvard og Toronto universitetene som fant at blant sine 500 undersøkte legemiddelstudier var 85 % av de industrisponsede studiene positive, mens kun 50 % av de ikke-industrisponsede var positive. Dette er kun et av mange eksempler som det refereres til i denne boken, men alle eksemplene illustrerer det samme bilde. Goldacres (2012) viser også at dette samme gjelder for publiserte artikler, der han viser til en systematisk gjennomgang av alle publiserte artikler basert på legemiddelstudier som fant at de som var industrisponset hadde fire ganger større sjanse for å rapportere positive resultater fra studien. Dumit (2012) har også gjort lignende funn i sin analyse av farmasøytiskindustri i USA der han gjennom å se på selvtester og reklamering avdekker hvordan industrien bevist forsker på bestemte sykdomsområder der det er mest potensiell profitt og bestemmer hvilke verdi som skal være grense for intervensjon. Dette gjøres, som vi skal se i neste avsnitt, gjennom at de betaler for store studier som styresmakten ikke har råd til og dette har en del konsekvenser for utfallet av disse studiene. Dette hevder Dumit (2012) er grobunnen for en konstant ekspandering av behandlingsmarkedet som farmasøytisk industri opererer i. Noe som igjen fører til at bedrifter i bransjen velger å studerer de mest profitable sykdommene med de største markedene og jobber hardt for å utvide grensene for behandling gjennom kliniske studier for å skape indikasjoner på at større deler av befolkningen trenger behandling.

De senere årene har frykten for høyt kolesterol blitt dominerende for den personlige helsen til mange millioner i den vestlige verden og dette har ført til at de som selger kolesterolsenkende preparater har tjent store summer på å promotere dette (Moynihan & Cassels, 2005). Nasjoner rundt om i verden bruker mer penger på kolesterolsenkende preparater enn noen andre typer av reseptbelagte legemidler og årlig omsetning (per 2005) var på rundt 25 milliarder dollar for de

største farmasøytiske selskapene. Moynihan & Cassels (2005) poengter at kolesterol i seg selv ikke er noe som er direkte farlig i seg selv, men at ved forhøyede verdi kan man øke risikoen for hjerteinfarkt og slag. Poenget er at selv om dette er vitenskapelig bevist så velges medisiner som direkte behandlingsmetode fremfor å jobbe med andre tiltak som for eksempel endring av diett og trening, noe som de største farmasøytiske selskapene både promoterer og tjener store summer på. De største farmasøytiske selskapene gjør dette gjennom å påvirke hva som skal være grensen for høyt og lavt kolesterol, noe som de senere årene har ført til at stadig flere ble definert innenfor gruppen med høyt kolesterol. Moynihan & Cassels (2005) eksemplifiserer dette med å vise hvordan et panel i USA bestående av kolesteroleksperter over natten tredoblet andelen personer i USA som kunne bli behandlet av kolesterolsenkende preparater gjennom å senke grensen for akseptabelt kolesterolnivå før behandling. Det skal også nevnes at de som skrev definisjonen og lederen for ekspertpanelet alle hadde økonomiske bånd til statinindustrien³. Dette, forklarer forfatterne til slutt, er et gjennomgående problem i helseindustrien i USA og de største problemene som man støter på i søken etter en mer rasjonell debatt rundt grenser for kolesterol er det faktum at alt for mange personer som skal være rådgivende i slike saker, som for eksempel doktorene, er bundet til de som lager legemidlene. Moynihan & Cassels (2005) påpeker litt ironisk til slutt at disse båndene kan være verdt alt fra flere hundretusen dollar helt ned til et par varme smultringer. Med noen av de samme argumentene som Moynihan og Cassels (2005) bruker viser Dumit (2012) hvordan helse og sykdom gjennom historien har blitt formet av statistikk og endring i selve definisjonen av helse. Dumit (2012) hevder at det er særlig tre aspekter ved helseapparatet som har ført til denne utviklingen: forebygging som offentlig helse, tilfeldige kliniske studier og storskala kliniske studier for å avdekke risikofaktorer. Gjennom disse tre aspektene hevdes det at man kan snakke om «mass health», en forståelse av helse og sykdom som er en kontinuerlig sekvens som innebærer en linje mellom de og for det som kreves for å sette linjen er eksperter som bestemmer hvor den linjen skal dras. Det er nettopp disse kliniske studiene som bestemmer hvor disse linjene settes og siden de er tuftet på forebygging omhandler også helse i dag forebygging av eventuelle sykdommer, noe som farmasøytisk industri profiterer på. Dette får den konsekvens hevder Dumit (2012) at grensen flyttes og flyttes til man får en oppfattelse at nesten alle kan regnes som syke.

³ Statiner er en gruppe legemidler som reduserer produksjonen av kolesterol i kroppen (Norsk helseinformatikk, 2011).

3.0 Teori

Mitt prosjekt tar utgangspunkt i den farmasøytiske industris rolle i et samfunn der problemer blir behandlet i stor grad gjennom medisiner. Jeg ønsker å undersøke konsekvenser og mekanismer som ligger bak denne prosessen. Teoriene jeg presenterer i dette kapitlet vil fungere som verktøy for å besvare min problemstilling. Teorikapittelets første del vil omfatte ulike sider ved medikaliseringsteorien, kapittel 3.2 beskriver en slags videre bygging på medikaliseringsteorien, nemlig farmasøytikaliseringssteorien. Til slutt i dette kapitlet vil teorien om obligatoriske passeringpunkter presenteres.

3.1 Medikalisering

Selv om medikalisering er et konsept som er godt utbredt, og brukes av mange forsker rundt om i verden som studerer helse, var det sosiologer som var de første til å anvende medikaliseringsteorien (Lock, 2011). Interessen rundt konsekvenser av modernisering og dens effekter har vært sentrale temaer hos kjente sosiologer som Emile Durkheim og Talcott Parsons. Den som først begynte å snakke om medikalisering av dagens samfunn som et eget konsept, var amerikanske sosiologen Irving Kenneth Zola (1972) i verket «Medicine as an institution of social control» (Lock, 2011). Medikalisering betyr egentlig «å gjøre medisinsk» og Zolas (1972) artikkel var grobunnen for utviklingen av konseptet medikalisering. Det kan diskuteres om det Zola (1972) påpeker i sin artikkel er første gang man støter på aspekter ved et medikalisert samfunn ettersom medisin er noe som er bevist eksistert siden rundt 250 år før Kristus, men uansett er medikalisering noe som omtales som et relativt nytt fenomen som ses i sammenheng med moderniseringen av det vestlige samfunnet (Lock, 1972). Jeg vil derfor nå ta for meg Zolas (1972) artikkel som omhandler hvordan medisinen har blitt en institusjon for sosial kontroll. Deretter vil jeg vise til Ivan Illich (1976) sin kritikk av medikaliseringen i «Medical Nemesis», før jeg til slutt vil presentere medikalisering av avvik av to forskere som også er anerkjent for sitt arbeid rundt medikaliseringsteorien, Conrad & Scheider (1992). Videre vil norsk forskning på medikaliseringsfeltet presenteres gjennom Løchen (1971) og Lian (2012), for både å vise at dette er noe norske forskere er opptatt av, og for å illustrere nyere litteratur.

3.1.1 Medikalisering av sosial kontroll

Som Lock (2011) poengterer starter medikalisering som egen teori med «Medicine as an institution of social kontroll». I denne artikkelen tar Zola (1972:487) utgangspunkt i at medisin har blitt en stor institusjon for sosial kontroll som både har overgått religion og rettsvesenet. Gjennom denne sosiale kontrollen har medisinen blitt den nye leverandøren av sannheten basert på det som tilsynelatende virker å være moralske nøytrale og objektive avgjørelser rundt

individens helse. Disse avgjørelsene tas ikke direkte gjennom legers legitimitet, men heller gjennom en medikalisering av samfunnet som påvirker det meste av hverdagen som igjen har ført til at merkelappene «helse» og «sykdom» har blitt en stadig viktigere del av individets eksistens. Zola (1972:492) hevder at denne medikaliseringen drives av fire prosesser/utviklingstrekk ved medisin som har ført til at den sosiale kontrollen har blitt medikalisert. Den første prosessen handler om at det har skjedd en ekspansjon over hva i livet som er relevant for medisinen. Den medisinske engasjementet har gått fra å omhandle kun spesifikke sykdommer med ytre symptomer til å være en flerdimensjonal forståelse av mange ulike aspekter ved individets daglige liv, som igjen har ført til en enorm ekspansjon i forståelse, behandling og forebygging av sykdom. Dette har ført til at ikke kun ytre symptomer ved en gitt sykdom er førende for individet, men også måten vedkommende lever på. Vaner og bekymringer er gjenstand for medikaliseringen av den sosiale kontrollen. Den andre prosessen bygger på en forståelse av at medisinen har den absolutte kontroll over tekniske prosedyrer som for eksempel ved operasjoner og forskrivning av medisiner. Dette fører igjen til at medisinsens legitimeringsområde strekker seg mye lengre enn til vanlige organiske sykdommer. Særlig kan denne prosessen understrekes av operasjoner av friske mennesker som ønsker forbedringer av for eksempel bryster eller kjønnsendring. Medikaliseringen av den sosiale kontrollen forekommer på en annen side gjennom forskrivning av medisin og kan for eksempel være anti-aggresjonspiller eller piller for å bedre hukommelse. Poenget her er at det er snakk om relativt «friske» individer som faller under den medikaliserte sosiale kontrollen, og slik blir ansvarsområdet til medisinen utvidet. Prosess tre handler om hvordan medisinen nesten eksklusivt har rettigheten til å undersøke og behandle det mest personlige individet innehar, nemlig de indre følelser og tanker av kroppen og sinnet. Zolas (1972:494) påstand er at hvis noe som helst kan bevises å ha en virkning på kroppen, og i noen mindre grad sinnet, kan det bli merket som sykdom og derfor faller under legitimiteten til medisinen. Gode eksempler på dette er aldring, narkotikaavhengighet, alkoholisme og svangerskap. Gjennom dette har det vokst frem mange spesialistsentre, spesialister, medisiner og behandlingsmetoder som en følge av medikaliseringen av den sosiale kontrollen. Den siste prosessen referer til hvordan medisinsk retorikk og medisinske bevis i argumentasjoner fører til at man velger å utforske eller gå videre gjennom medisin i de fleste tilfeller som omhandler behandling av problemer. Denne medikalisering av sosial kontroll skjer gjennom at eksperter i større grad har trådd inn i den sosiale offentlige sfæren med sin ekspertise. Et eksempel på dette kan være at man i dag velger å omtale økonomien i et land som sunn eller usunn (healthy/unhealthy).

Listen over daglig aktiviteter som kan relateres til helse vokser stadig og gjennom medikaliseringperspektivet til Zola (1972:495) hevder han at medisinen virker å være uendelig ekspanderende. Årsaken til dette er verken at medisinen utvider sin legitimitet over nye problemer som oppstår, ei heller at leger og forskere er profesjonelt pålagt å finne nye sykdommer, eller at samfunnet kontinuerlig skaper nye sykdommer. Årsaken til denne ekspansjonen i dette perspektivet er heller at individet tror at det er noe galt ved vedkommende og hva som kan gjøres for at vedkommende kan føle seg, se ut eller fungerer bedre. Denne usikkerheten som individet opplever forsterkes særlig av lesning av vitenskapelig, farmakologisk og medisinsk litteratur, som stadig preges av større plass til artikler som omhandler aktiviteter som gir dårlig helse. Gjennom alt dette kommer Zola (1972:495) frem til at selve det å leve er skadelig for individet. Alle aspekter ved det daglige livet har et element ved seg som kan være skadelig for helsen.

3.1.2 Medikalisering av individets mulighet for selvhjelp

Videre i medikaliseringstradisjonen finner vi den østeriske filosofen og samfunnskritikeren Ivan Illich (1976), som i artikkelen «Medical Nemesis» går til kraftig angrep på den medisinske profesjonen. Hovedpåstanden til Illich (1976:15-17) er at helseindustrien produserer sykdom i form av iatrogene sykdommer⁴. Disse iatrogene sykdommene, som for eksempel depresjon, infeksjon, dysfunksjon og funksjonshemming, er med på å skape mer skade og lidelse enn trafikk- og industriskader ifølge artikkelforfatteren. På denne måten sies det at den medisinske praksis sponser sykdom gjennom å forsterke et allerede sykkelig samfunn som ikke bare bevarer sykdomsdefektene som allerede eksisterer, men også avler frem terapeutiske pasienter som får skader som krever videre behandling (Illich, 1976:23). I tillegg til dette har helseprofesjonen en indirekte sykdomsmakt gjennom en strukturell helseavvisende effekt. Gjennom å transformere smerte, sykdom og død fra en personlig utfordring til et teknisk problem, sørger den medisinske praksisen for potensialet til å takle egne helseutfordringer eksproprieres fra individet og over til den medisinske praksisen på en måte som ikke er fordelaktig for individet. Illich (1976:15-16) baser store deler av sine argumenter på at store deler av lidelsen menneskeheten har opplevd er menneskeskapt gjennom krig, sult, utnyttelse og slaveføring. I den vestlige verden i vår tid er det ikke dette som preger lidelsesbilde, men lidelsen generes som et biprodukt av innovasjoner som i utgangspunktet er ment for å gjøre menneskeheten godt.

Effekten av denne prosessen omtales av Illich (1976:32-33) som ekspropriering av døden gjennom at døden i alle samfunn blir fremstilt som noe som er kulturelt betinget sett i sammenheng med at

⁴ Iatrogene sykdommer er en betegnelse på symptomer eller sykdom framkalt av diagnose eller medisinsk behandling (Store norske leksikon, 2009b).

man ikke kan sette en sikker dato for den. Denne usikkerheten rundt når døden vil inntreffe avgjør hvilke atferdsnormer og strukturer som vil være gjeldene for både individuell atferd og institusjonenes atferd. Dette betyr i praksis at den moderne medisinske sivilisasjonen har penetrert den tradisjonelle medisinske kulturen og gjennom dette har et nytt ideal av døden blitt skapt. Dette nye idealet har særlig blitt skapt av ny teknologi og det profesjonelle apparatet rundt denne teknologien. I det vestlige samfunn er det særlig skiftet fra døden som en aktør/fiende gjennom religiøsitet til å tro på at døden er noe naturlig som kan forhindres eller utsettes gjennom at leger kjemper mot den (Illich, 1976:26). Denne prosessen med dens konsekvenser, må ses på som en moderne sosial organisering som har som mål å drive vekk alle former for død som ikke er naturlig. Gjennom å skape «naturlig død» for alle skapes det ultimate argumentet for sosial kontroll.

Illich (1976:26-27) hevder at uopprettelig skade som følger av den industrielle ekspansjonen skjer i alle sektorer i samfunnet. Det kommer til syne i den medisinske sektoren gjennom iatrogene skader og de kan forekomme både dirkete og indirekte. De iatrogene skadene kan være direkte når smerte, sykdom og død er et resultat av medisinsk behandling, eller de kan være indirekte når organiseringen av helsepolitikken forsterker en industriell organisering som generer dårligere helse og da særlig gjennom undergraving av den menneskelige kompetansen til å ta kontroll over ulike faser i livet. Som Illich (1976:34-35) selv understreker kan ikke det medisinske nemesis verken bli verifisert eller i stor grad godt måles på grunn av alle variabler som forbindes med levedyktighet og død. Det bør heller brukes som et teoretisk begrep som forklarer hvordan helseplager i vårt samfunn blir anormalisert gjennom industriell intervensjon og som forklaring på hvordan medikalisering av vår tid preger helsebilde rundt individet. Dette blir særlig aktuelt når man ser på hvor mange store «gjennombrudd» som gjøres innenfor helseforskning og i helseteknologi.

3.1.3 Medikalisering av avvik

«The idea of progress is by no means spent. Western societies, and the United States in particular, retain the optimism of the Enlightenment in the belief that in science and technology will be found the means for achieving good and avoiding evil.» (Conrad & Schneider, 1992: v). Slik lyder åpningen på boken til Conrad & Schneider (1992), som tar på seg å forklare hvordan medikalisering av avvik har ført til at flere av de problemer som mennesker opplever faller under det medisinske paradigme gjennom legitimering og tro på teknologien. Utgangspunktet til Conrad & Schneider (1992:17) er at avvik er noe som tilskrives gjennom forming istedenfor noe som arves av individer, og derfor formes definisjonen vår av avvik gjennom historiske-, sosiale- og

kulturelleprosesser. På denne måten endres hva av menneskelig atferd, holdning og aktivitet som defineres som avvik. Det hevdes videre at makten til å definere hva som skal være avvik henger sammen med maktstrukturene i det enkelte samfunn i den historiske konteksten man befinner seg i. En annen måte å si dette på er at det er den institusjonen som dominerer den sosiale kontrollen i det samfunnet og den historiske konteksten man velger å studere som har makten over definisjonen av avvik, som i dagens samfunn ifølge Conrad & Schneider (1992:17) er den medisinske institusjonen. Dette har blant annet ført til en transformasjon som Conrad & Schneider (1992:15) omtaler som «from badness to sickness», altså fra ondskap til sykdom gjennom redefinering av avvik og sosial kontroll. Begrunnelsen for denne transformasjonen hevdes funnet gjennom dagens strukturer i medisinsk praksis. Eksempelet som presenteres er hentet fra USA, hvor man finner en enorm vekst innenfor den medisinske sektoren gjennom 1900-tallet, det er den andre største industrien i USA med over 350 000 leger og over fem millioner ansatte. Conrad & Schneider (1992:28) forklarer dette med at flere aspekter ved den menneskelige atferden blir definert som avvik gjennom at det medisinske apparatet, og da særlig leger, er blitt involvert i behandlingen og den sosiale kontrollen av disse avvikene. Dette illustreres med en rekke eksempler: en dame rir gjennom gaten i Denver naken og hevder å være USAs president, etter hun har blitt tatt hånd om av autoritetene blir hun tatt inn til sykehuset og diagnostisert mentalt syk. En advokat i Atlanta blir gjennom sitt stressende arbeid offer for alkoholisme og blir senere sendt til en sykehusklinikk for behandling av sin sykdom alkoholisme. En overvektig dame i Chicago får en bypass-operasjon for hennes problem med sykkelig overvekt og forskere på New England medisinsenter jobber med å utvikle heroin-blokkere for å kurere heroinavhengighet. Det Conrad & Schneider (1992:28) vil vise med disse eksemplene er at de alle har en ting til felles, nemlig at medisinske løsninger blir brukt for å rette opp disse avvikene i individenes oppførsel. På denne måten blir avvikene medikalisert og den medisinske definisjonen av avvikene blir mer tilpasset det moderne industrialiserte samfunnet som vi lever i. Freidson (1970:252) påpeker at den medisinske profesjonen tar en aktiv rolle for å influere avviksdefinisjonen, tilpasse sykdommer og bestemmelser over når man bør intervensere ved sykdom. På denne måten hevder han at leger blir definert som en form for moralske entreprenører som aktivt søker å oppdage eller redefinere sykdom. Gjennom å finne «nye» sykdommer redefineres meningen eller tolkningen av selve sykdommen og dermed blir tilgjengelig for nye (og da gjerne i større grad) intervensjon. Tolkningen til Freidson (1970) deles av Conrad & Schneider (1992) gjennom at de hevder at medisinsk arbeid kan føre til at det skapes nye medisinske normer eller nye sykdomskategorier. Definisjonen av galskap, hyperaktivitet blant barn og unge, samt barnemishandling, er alle

eksempler på hvordan den medisinske profesjonen har omdefinert fra avvik til sykdom (Conrad & Schneider, 1992:23).

For å kunne redefinerer hva som skal være avvik holder det ikke med å kun hevde det fra medisinsk praksis sin side, man trenger også støtte politisk. Conrad & Schneider (1992:25) poengterer at det er i den politiske defineringsprosessen redefineringen av avvik blir sosialt konstruert. I en verden der det finnes flere sosiale «realiteter» og definisjoner av atferd, blir disse definisjonene konstruert gjennom en politisk prosess, legitimert i en lovlig prosess og transformert til medisinsk terminologi til slutt. Selv om det kan forekomme forhandling, hevder Conrad & Schneider (1992:25) at det er de med de sterkeste interessene i samfunnet som har størst innvirkningskraft på å få implementert sin versjon av «realiteten» og derfor skape legitimering for sin avviksdefinisjon som støtter deres interesser. I dette tilfellet, siden det er understreket at den har stor sosial kontroll og dermed definisjonsmakt, vil den medisinske sektoren være en slik aktør som kan plantet sine definisjon av «realiteten» i sine interesser. Dette vil være viktig for den medisinske sektoren hvis for eksempel narkotikaavhengighet eller alkoholisme blir sett på som en sykdom (i form av at avvik defineres som sykdom) vil sektoren få legitimitet over den sosiale kontrollen og dermed behandling av avviket, til forskjell fra for eksempel hvis rettsvesenet får legitimitet oven den sosiale kontrollen da behandlingen vil være fengsel eller lignende (Conrad & Schneider, 1992:29). Når behandling istedenfor straff blir foretrukket sanksjonering av avvik blir en økende andel av atferd konseptualisert innenfor den medisinske rammen sett på som sykdom (Conrad & Schneider, 1992:34). Dette er ikke en uventet funksjon poengteres det, fordi medisin har alltid fungert som en agent for sosial kontroll spesielt med tanke på å «normalisere» sykdom og sørge for at individer returnerer til sin fulle funksjonalitet i samfunnet.

Conrad & Schneider (1992:242-245) hevder på bakgrunn av sin analyse av hvordan avvik medikaliseres at det er snakk om tre prosesser som understreker og forsterker denne medikaliseringen som har skjedd og foregår i samfunnet: medisinsk teknologi, medisinsk samarbeid og medisinsk ideologi. Utviklingen av medisinsk teknologi og spesialisert medisin har ført til at medisinen har fått et stort apparat for sosial kontroll. Denne prosessen er særlig forsterket av farmasøytiske oppdagelser gjort av en høyt profitabel og mektig farmasøytisk industri, deres innovasjoner blir ofte brukt som behandling av avvikevelig atferd (Conrad & Schneider, 1992:243). Poenget med disse farmasøytiske medikamentene er at de er lett håndterlige under profesjonell medisinsk kontroll, effektive og er mindre kostbare enn hva andre medisinske behandlinger og måter å kontrollere denne atferden er. Den andre prosessen, medisinsk samarbeid, bygger på at medisinen ikke opptrer alene og uavhengig som agent for sosial kontroll, men ofte

samarbeider med andre autoriteter som også har sosial kontroll som funksjon. Et slikt samarbeid inkluderer roller som informasjonskanaler, «gatekeeper», institusjonelle aktører og teknikere. Disse rollene understreker funksjonene over medisinsk kontroll som brukes som verktøy av medisinsk sektor for å «veve» seg inn i konstruksjonen av samfunnet. Den medisinske profesjonen er den offisielle designeren av sykdomsrollen, og dette fører med seg at legene har autoritet til å definere spesielle typer av avvik som sykdom som fritar pasientene fra enkelte obligasjoner ved deres rolle (Conrad & Schneider, 1992:244). Slik fungerer legenes rolle som «gatekeepers» og manifesterer deres sosiale kontroll over definisjonen. Den siste prosessen omhandler hvordan den medisinske ideologien er en type sosial kontroll som definerer atferd eller en tilstand som sykdom hovedsakelig fordi det er sosiale og ideologiske fordeler som gir utslag ved å definere det i medisinske termer (Conrad & Schneider, 1992:245). Effekten av denne prosessen kan gi positive utslag for individet, for den med dominant interesse i samfunnet (den medisinske sektoren) eller begge. Alle disse tre prosessene av medisinsk sosial kontroll trenger ikke eksistere i alle samfunn åpenlyst og i sin klare definisjon. Ofte vil de bli funnet skjult og i kombinasjon med hverandre.

3.1.4 Medikaliseringens drivkrefter

Den norske sosilologen Yngvar Løchen (1971) var som vi ser på utgivelsesåret like tidlig (og tidligere) ut med å beskrive samfunnet vi lever i som et behandlingssamfunn som en konsekvens av medikaliseringsprosessen. Årsaken til dette hevdet Løchen (1971) var at skolemedisinens nedslagsfelt var kontinuerlig ekspanderende og stadig flere individer fikk behandling på grunn av nye omstendigheter. Han baserer dette på at behandling stadig ser ut til å bli en oftere benyttet reaksjon på det å være annerledes og andre omstendigheter som ikke har blitt definert som sykdom før. Særlig den medisinske retorikken i begreper og forestillinger blir brukt på mange typer omstendigheter som ikke før har vært underlagt medisinen (Løchen, 1971:10-11). Denne utviklingen kan ha både positive og negative konsekvenser. Den kan være positiv ifølge Løchen (1971:11) gjennom at forhold og tilstander som tidligere har vært sett ned på kan få en økt forståelse og fri gitt fra moralske omstendigheter, men samtidig kan dette føre med seg negative konsekvenser gjennom at samfunnsproblemer blir i større grad individualisert. Som en konsekvens av dette igjen er det mulig at sykdomsforklaringer og andre medisinske begrep blir benyttet slik at det primære behovet for samfunnet egentlig har vært krav om sosial kontroll og økt konformitet.

Gjennom å se på Lians (2012) arbeid får vi et større innblikk i hvordan medikaliseringsprosessen har utviklet seg de senere år, i den boken jeg henter informasjon fra til dette kapittelet er hennes arbeid over flere år samlet. Dette vil i større grad gi en forklaring på nye mekanismer som ikke

eksisterte (eller som skjulte seg) når for eksempel Conrad & Schneiders (1992) skrev sin sentrale bok. I Lians (2012) arbeid med medikaliseringprosessen beskriver hun hvordan medikalisering kommer til uttrykk, hvilke drivkrefter som ligger bak medikaliseringen og hva slags implikasjoner dette får for individet og samfunnet vi lever i.

Lian (2012) hevder at medikaliseringen i dag har mange ulike uttrykk som hovedsakelig kan deles inn i tre kategorier: (1) aldring og andre naturlige prosesser, (2) karaktertrekk, småplager, sosiale problemer og avvikende handlinger og (3) risiko for fremtidig sykdom. Gjennom å gjøre aldring og andre naturlig prosesser til unaturlig gjennom at det skal behandles og forbedres, som for eksempel å forlenge livet. Ved å omdefinere sosiale problemer, karaktertrekk, følelser og avvikende handlinger til medisinske tilstander kommer medikalisering til uttrykk og ekspanderer omfanget til medisinsk sektor. Medikalisering er også knyttet opp til monitorering, forebygging og risikoproblematikk gjennom at teknologi har skapt muligheter til å oppdage sykdom nå og i fremtiden. Drivkreftene bak medikaliseringsprosessen forklarer Lian (2012) er et sammensatt komplekst samspill mellom mange faktorer som påvirker hverandre. Slike drivkrefter er teknologi, profesjonen, det medisinske system, kulturen, legemiddelindustrien og massemediene. Gjennom ny medisinsk kunnskap, teknologi og ideologi samt troen på dette vil medikaliseringsprosessen drives fremover. Særlig viktig hevdes akkurat troen på at ingenting lengre er umulig gjennom vitenskapen. Drivkreftene ligger også i individet selv gjennom etterspørsel etter ny teknologi som skal forbedre eller realiserer vårt ønske om hvordan vi vil se ut eller være. Som nevnt i kapittel 2.2.2 er også helseprofesjonen en viktig drivkraft bak medikaliseringsprosessen gjennom måten man har satt seg idealer som er markedsstyrte og på denne måten da påvirker helsetjenesten, helseprofesjonen og den diagnostiske kulturen. Legemiddelindustrien og massemediene er også to viktige drivkrefter på grunn av legemiddelindustriens markedsstrategier og massemedienes vikling som kan bidra til medikalisering. Medikalisering blir til i et komplekst samspill mellom flere aktører, kontekster og faktorer som drar i samme retning (Lian, 2012). Alle disse aktørene har forskjellige intensjoner i denne sammenheng, som for eksempel at diagnose er noe farmasøytisk industri trenger for å tjene penger, leger trenger dem for å behandle, pasienter trenger de for å få legitimitet for sin tilstand, og helseinstitusjonene trenger de for å dokumentere sin aktivitet som igjen fører til inntekt. Nettopp fordi medikalisering er et så sammensatt fenomen vil det også gi implikasjoner. Lian (2012) forklarer at medisinsk teknologi kan gi individer et bedre og lengre liv gjennom behandlinger, nye medisiner, forebygging og diagnoser. Samtidig er det å sykeliggjøre aspekter ved menneskelig atferd ikke uten negative konsekvenser. Man ser for eksempel at det å gi et

individ en diagnose som betyr behandling livet ut ikke nødvendigvis trenger å være et gode. Medikaliseringen av samfunnet endrer kulturelle normer og verdier slik at når man behandler en gitt tilstand i større grad, vil det å ikke gjøre noe med den tilstanden stadig bli mer en form for mangel. På samme måte vil hva som er normalt innsnevres og på denne måten svekke vår toleranse for forskjellighet og det å være annerledes.

3.2 Farmasøytikalisering

Som vi har sett i det foregående kapittel er medikaliseringsteorien en sentral del av dagens helseforskning, men i de senere år har man sett at farmasøytiskproduksjons omfang har økt og derfor trengs verktøy for å beskrive denne utviklingen. Selv om «pharmaceuticalization»⁵ ikke er et helt nytt sosiologisk konsept, er det ikke et velomtalt begrep. Det er særlig de siste 20 år man har blitt opptatt av den farmasøytisk industriens rolle i samfunnet i sosiologien (Abraham, 1995; Braithwaite, 1984; Gabe & Bury, 1988). Ifølge Abraham (2010) skyldes dette fokuset, som han også hevder har intensivert seg særlig på 2000-tallet, at sosiologer og andre akademikere har sett at legemidler tilsynelatende ser ut til å spille en voksende rolle i folks liv. På bakgrunn av dette hevdes det at man kan snakke om en «farmasøytikalisering» av samfunnet eller det «farmasøytikaliserte» mennesket.

3.2.1 Definisjon

Ifølge Williams, Martin & Gabe (2011) er farmasøytikalisering kort forklart en teori som forklarer omformningen fra menneskelige egenskaper, evner og kapasitet til mulighet for farmasøytisk intervensjon. Dette gjelder ikke kun tradisjonell medisinsk behandling, men også intervensjon i livsstil, reduksjon eller forstørrelser hos «friske» mennesker som for eksempel innlegg av silikon i bryster. Abraham (2010) definerer farmasøytikalisering som en prosess der sosial atferd eller kroppslig tilstand blir behandlet eller sett på som nødvendig for behandling ved hjelp av medisiner av enten en doktor eller en pasient. Det understrekes at det eksisterer en kompleks og sammensatt sammenheng mellom farmasøytikalisering og medikalisering. Det kan være utfordrende å forklare hvordan farmasøytikalisering oppstår uten å samtidig forklare medikalisering av samfunnet (Williams, Martin & Gabe, 2011). Abraham (2010) hevder at farmasøytikalisering kan oppstå uten medikalisering på grunn av at den medisinske profesjonen ofte blir «forbigått» i farmasøytiske valg både når det gjelder hva meningen ved preparatet er og hvordan det skal brukes, som for eksempel ved bruk av såkalte «lifestyle drugs» (som for eksempel Viagra), eller reseptfrie medisiner som selges på butikken eller på apotek. Uansett understrekes det at både farmasøytikalisering og medikalisering bør behandles som verdinøytrale og beskrivende teorier

⁵ Omtalt som farmasøytikalisering her etter, egen oversettelse.

som både kan ha positive og negative aspekter (Williams, Martin & Gabe, 2011). På bakgrunn av disse aspektene omtales derfor farmasøytikaliseringsprosessen som en dynamisk og kompleks heterogen sosio-teknisk prosess som Williams, Martin & Gabe (2011) hevder er en del av det farmasøytiske regimet. Det farmasøytiske regimet kan ses på som et nettverk av institusjoner, organisasjoner, aktører og objekter samt kognitive strukturer for produksjon, distribusjon og bruk av nye behandlingsformer. Dette regimet har blitt bygd rundt utviklingene av farmasøytisk produksjon siden dens oppstart på 1800-tallet og er sentrert rundt kjemibasert teknologi, noe som preger dette regimets ekspansjon både kommersielt, klinisk og geografisk. Farmasøytikaliserings teorien inkluderer derfor både et makronivå der utvikling, testing og regulering av legemidler og mikronivå hvor man knytter meninger og bruken av legemidler i medisinsk praksis til det dagligdagse. Williams, Martin & Gabe (2011) understreker at på samme måte som i medikaliseringsteori så har farmasøytikaliserings teorien et potensielt motstykke i defarmasøytikaliseringsprosessen, men at det i praksis er mer sannsynlig at man snakker om utbytting av en generasjon legemidler eller tilbaketrekning av spesielle typer enn om en total reduksjon i antall legemidler i en slik type farmasøytikaliseringsprosessen. Dette begrunnes blant annet med at nye legemidler ofte er designet for å bytte ut de gamle legemidlene. Dermed kan farmasøytikaliserings teorien ses på som en multidimensjonal og flere-nivå konsept som både kan brukes og variere mellom ulike perspektiver ifølge Williams, Martin & Gabe (2011).

3.2.2 Sosiologiske dimensjoner ved farmasøytikaliseringsprosessen av samfunnet

Ifølge Williams, Martin & Gabe (2011) er det seks sosiologiske dimensjoner som må utforskes i sammenheng med trender og transformasjoner som fører til en farmasøytikaliseringsprosessen av samfunnet. Den første dimensjonen omhandler hvordan helseproblemer redefineres og rekonstrueres til å ha en farmasøytisk løsning. Denne dimensjonen har sitt opphav i hvordan farmasøytisk industri har ekspandert og blitt synlige gjennom den massive økningen i medikamentmarkedet. Dermed har farmasøytiske løsninger på helseproblemer blitt godt utbredt. Det som er viktig å forstå i denne dimensjonen er at det ikke er ekspansjonen av medikamenter i seg selv som er årsaken, men heller markedsføringen av sykdom som er den utslagsgivende faktoren som fører til farmasøytikaliseringsprosessen av samfunnet. Bak dette ligger påstanden om at farmasøytiske bedrifter aktivt er involvert i sponsering av definisjonene av sykdom og promoterer denne definisjonen av sykdom til både de som skal foreskrive og bruke medikamentene, dette er en prosess som betyr at det skjer et skifte fra sosial konstruksjon av sykdom til en samarbeidskonstruksjon av sykdom. Dette betyr blant annet at plager som ble sett på som vanlige før nå blir sett på som sykdom, at milde symptomer blir sett på som alvorlige, personlige problemer blir sett på som medisinske og

risiko blir sett på som sykdom. Den andre dimensjonen som Williams, Martin & Gabe (2011) beskriver er hvordan farmasøytikalisering er manifestert i det skiftende forholdet mellom regulerende institusjoner og farmasøytisk industri. Dette skjer igjen gjennom tre prosesser: reformer som reduserer reguleringen fra offentlig instanser som igjen fører til offentlig avhengighet til industrien, nye politiske tiltak som fremmer medikament innovasjon og globaliseringsprosessen som finner sted i verden fører til at offentlige instanser må tilpasse seg denne prosessen på en måte som passer den farmasøytiske industrien godt. Dimensjon tre omhandler hvordan medias fremstilling av helseproblemer formes til å ha farmasøytiske løsninger (Williams, Martin & Gabe, 2011). Denne dimensjonen preges av såkalt sykdomsskremmerier (disease mongering) som vil være fordelaktig for farmasøytisk industri i form av at flere vil bruke medikamenter på bakgrunn av medias fremstilling. Gjennom å former nyhetsaker i et bilde som passer den farmasøytiske industri blir samfunnet i større grad preget av farmasøytikalisering. Den fjerde dimensjonen omhandler hvordan sosial identitet skapes på nytt rundt mobiliseringen av pasienter eller pasientgrupper rundt medikamenter (Williams, Martin & Gabe, 2011). På den ene siden kan man hevde at pasienter har blitt mer velinformerte noe som kan tyde på en større resistans mot farmasøytikaliseringen, men på en annen side kan man også si at gjennom dette kan det også skapes krav om nye medikamenter for å forbedre sin helsetilstand. Slik kan man hevde at konsumerisme er en viktig drivkraft bak farmasøytikalisering av samfunnet. En særlig viktig drivkraft bak denne dimensjonen er at individer ikke handler alene, men heller gjennom samarbeid for å fremme sine interesser gjennom selvhjelpsgrupper, gjennom å samles og ha en talsmann, organisasjoner eller helsebevegelser i offentligheten. Gjennom dette presset styrker pasientene farmasøytisk industris makt ifølge Williams, Martin & Gabe (2011). Dimensjon fem omhandler hvordan medisin i dag brukes til ikke-medisinske intervensjoner og på denne måten skaper et nytt marked (Williams, Martin & Gabe, 2011). Dette med at folk ønsker å forbedre seg selv gjennom medisinsk intervensjon har opphav langt til bak i historien, men forskjellen i dag er at hvis man ønsker dette skjer dette gjennom legemidler. Drivkreftene bak denne dimensjon for et farmasøytikalisert samfunn er tanken «større, raskere og mere» som har blitt viktige verdier i vårt samfunn gjennom sosial fristelse i vår kultur. Gjennom en forbedring skaffer individet seg en slags fordel og blir belønnet sosialt for å ha denne fordel. Denne verdien, kombinert med konsumentverdien, er begge viktige driver og dynamikker i farmasøytikaliseringen av samfunnet og dens forhold til medikaliseringsteorien. Dette kan også illustreres gjennom hvordan farmasøytikalisering kan forekomme uten noen særlig form for medikalisering eller medisinsk intervensjon, som for eksempel ved ikke-medisinsk bruk av legemidler blant friske personer eller for forbedringshensikter. Hele denne dimensjonen viser hvordan farmasøytisk industri ønsker å

rekonstruerer bruken av medikamenter gjennom å skape nye markeder for bruk som ligger utenfor kontrollene til den medisinske profesjonen. Den siste dimensjonen omhandler innovasjon innenfor medisiner og hvordan dette koloniserer helsefremtiden (Williams, Martin & Gabe, 2011). Poenget her er at forventninger og tro på innovasjoner spiller en dynamiske rolle som støtter opp om den farmasøytiske industriens fremgang gjennom støtte, investorer og bånd som er knyttet til håp om forbedring. I denne dimensjonen er særlig håp for pasienten, både individuelt og kollektivt, om at investeringer i fremtidige legemidler og behandling skal bedre deres helseplager eller livet generelt. I de senere år er det særlig troen på at genetiske løsninger skal kunne kurer ulike sykdommer gjennom personlige og skreddersydde løsninger på bakgrunn av individets genetiske profil. På denne måten kan farmakogenetikk⁶ koloniserer fremtiden og lage nye veier for utviklingen av både individet og samfunnet.

Alle disse seks dimensjonene er viktige aspekter bak hvordan dagens samfunn blir farmasøytikalisert. Abraham (2010) omtaler disse som forklaringsfaktorer og deler også disse inn i seks deler på samme måte om Williams, Martin & Gabe (2011). Abraham (2010) hevder at disse seks forklaringsfaktorene er sterke bevis på hvordan farmasøytikalisering av samfunnet er i vekst og at den har videreutviklet seg fra medikaliseringens mekanismer. Poenget hans er at den farmasøytiske industri har vært en viktig drivkraft for medikaliseringen, men at industri promotering og markedsføring operer utenfor rammene til medikaliseringen og derfor er det verdt å snakke om farmasøytikalisering som noe som kan eksisterer utenfor medikalisering, men dog ikke uten.

3.3 Obligatoriske passeringspunkter (OPP)

Teorien om obligatoriske passeringspunkter (OPP) er en aktør-nettverk teori som ble utviklet av sosiologen Michel Callon i 1986 (Law & Bijker, 1992). Grunnet problemer med å oppdrive dette verket vil jeg benytte meg av forskerne John Law & Wiebe Bijker (1992) som har jobbet mye med denne teorien. Disse to tar utgangspunkt i Callons teori og bygger videre på hans teoretiske postulater.

I bred forstand kan man si at OPP referer til et passeringspunkt som er obligatorisk for alle aktører i en gitt situasjon for å komme til et tilfredsstillende resultat av den gitte situasjonen (Law & Bijker, 1992). Dette punktet er som regel en aktør som fungerer som et knutepunkt i den situasjonen som omgivelsene tilsier, slike omgivelser kan for eksempel være et marked eller offentliginstans. Gjennom at aktøren/aktørene må passer gjennom denne knutepunktaktøren fører

⁶ Farmakogenetikk, betegner hvordan forskjell mellom individer i virkning av en bestemt dose legemiddel kan være forårsaket av en genetisk betinget ulikhet i ett enkelt gen mellom individer (Store norske leksikon, 2009a)

det til at den får makt til å definer det obligatoriske passeringspunktet. Knutepunktaktøren vil være uunnværlig i denne sammenhengen. På flere måter kan OPP ses på som en trang ende av en tunnel som tvinger aktørene til å styre mot et bestemt punkt, sak, mening eller spørsmål. På denne måten fastslår Law & Bijker (1992) at OPP skaper en nødvendighet for dannelse av nettverk og en slagplan for å få passere det obligatoriske passeringspunktet. Målet for aktørene vil være å få sitt lokale nettverk forbi OPP og ut til omgivelsene som kommer etter OPP, dette omtales her som å globalisere nettverket. Det disse OPP gjør er å tillate at lokale nettverk kan forhandle seg frem til å eventuelt passere for å få globalisert sitt nettverk. Hvis et prosjekt ikke har mulighet til å passere et sterkt OPP har den heller ikke mulig til å få tilgang på globale ressurser som for eksempel finansielle eller politiske støtte. På samme måte vil et svakt OPP ikke være å stand til å ta del i suksessen som kan forekomme hvis et lokalt nettverk blir globalt på grunn av at aktørene på utsiden bare kan passere OPPs kontroll og innvirkning. Et eksempel på et OPP er Callons undersøkelse av hvordan det britiske militæret ble et OPP mellom representanter fra regjeringen og flyingeniørene (Law & Bijker, 1992).

4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for forskingsprosessen, valg av metode og hvilke konsekvenser dette har for det endelige resultat av studien. For å gi et helhetlig inntrykk av hvordan data har blitt generert, behandlet og tolket vil jeg stegvis gjennomgå dette. Dette gjøres også for å styrke oppgaven som en helhet gjennom at den gjøres etterprøvable. Det vil først bli presentert metode valget. Deretter vil datainnsamlingsprosessen og analyseprosessen beskrives med hvordan data ble innsamlet, dybdeintervju, dokumentstudie, stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI), koding og kategorisering. Etikk er alltid viktig når man studerer samfunnet og bruker informanter i fortrolighet, derfor vil etiske retningslinjer presenteres og drøftes i det tredje delkapittelet. Til slutt vil kvalitetskrav i kvalitative studier belyses og vurderes.

4.1 Kvalitativ metode

Når jeg først startet på dette prosjektet høsten 2013 var noe av det første jeg måtte gjøre å ta et standpunkt til hvilken metode jeg ønsket å bruke i forhold til hva som ville være mest effektivt og hva som ville gi mest relevant data i forhold til min problemstilling. Nettopp effektivitet er ifølge Tjora (2012:15) et av det viktigste kravene vi kan stille til en forskningsmetode. I samfunnsvitenskapen skiller man vanligvis mellom kvantitativ- og kvalitativ metode, der kvantitative data omfatter tallmateriale mens kvalitative data viser til tekst fra observasjon og intervjuer (Aase & Fossåskaret, 2010:11). På bakgrunn av at kvantitativ- og kvalitativ metode generer forskjellige data hevder Aase & Fossåskaret (2010:11-12) at de to metodene interesserer seg for forskjellige aspekter av sosiale fenomener. Kvantitativ metode er opptatt av utbredelsen til et sosialt fenomen, mens kvalitativ metode er opptatt av innholdet i det sosiale fenomenet. Det skal også nevnes at man i kvalitativ forskning sammenligner og da er disse enhetene ofte personer eller en sammenslutning av personer i et sosialt system. Mitt mål med studiene er å undersøke hvilken rolle farmasøytisk industri har i et samfunn som preges av økt medisin bruk og derfor ble intervju valgt som metode. Gjennom intervjuene av legemiddelkonsulenter og leger (enheter i et sosialt system) mener jeg at man får større kunnskaper om industriens indre liv enn hva man ville fått gjennom bruk av kvantitative data.

Tjora (2012) forteller at man som hovedregel kan si at man skal ta i bruk dybdeintervjuer når man ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer hos et utvalg informanter. Kvale (1997) omtaler formålet med bruken av dybdeintervju å være at man skal undersøke livsverdenen hos informantene, altså informantens ståsted i det sosiale systemet man ønsker å undersøke. I denne sammenheng er det viktig å understreke at man studerer informantene som subjekter, altså

informantens meninger om et gitt tema i et gitt sosialt system, men som Tjora (2012) understreker er dette også det man er ute etter i de fleste tilfeller. Med tanke på mitt utgangspunkt gjennom problemstilling og forhåndskunnskap på feltet var dybdeintervju et naturlig valg for dataproduksjon.

I tillegg til intervjuer brukes også møtereferatdokumenter fra blåreseptnemnda. Tjora (2012:169) beskriver bruk av dokumenter som tilleggsdata som særlig nyttig fordi dokumenter kan gi et tidsbilde eller inntrykk av tidligere hendelser som kan bidra til å styrke forskerens historiske følsomhet⁷. Målet med å inkludere disse dokumentene er å gi en større forståelse av hvordan farmasøytisk industri kan påvirke beslutningstakere i viktige ledd i helsetjenesten.

4.2 Produksjon av data

Til forskjell fra den kvantitative metoden, der forskeren produserer sin data gjennom statistiske analyser på et kontor, lesesal eller annen form for et stasjonært rom, så krever den kvalitative metoden at forskeren er ute i feltet for å produserer sine data (Aase & Fossåskaret, 2010:35). Årsaken til at jeg har valgt å omtale innsamlingen av data som en prosess der data produseres er fordi at den kvalitative forskeren gjennom sitt arbeid (intervju og observasjon) er i direkte kontakt med det som studeres og dermed er eksponert for mulig påvirkning. Erkjenner man at det feltet man studerer er plastisk, påvirkelig og bevegelig i møte med en informant, er det også lettere å være bevist og reflektert over at man gjensidig kan påvirke hverandre i produksjonen av data. Valget av kvalitativ metode innebærer ikke kun rammer for hvordan data blir samlet inn og produsert, men også analytiske forutsetninger, tolkinger og posisjon til data (Wadel, 1990). I valget av metode omtales ofte begrepene induktiv og deduktiv, der en induktiv tilnærming utvikler noen generelle sammenhenger ut fra observasjoner av enkelttilfeller mens en deduktiv tilnærming slutter fra en generell regel til å forklare enkelttilfeller (Tjora, 2012:26). I mitt tilfelle er det i større grad relevant å omtale metoden som abduktiv, der man tar utgangspunkt fra empirien og lar teorier og perspektiver spille inn i forkant eller i løpet av forskningsprosessen. Denne tilnærmingen ligger nært opp imot stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI)⁸. Dette har ført til at min tilnærming har vært undersøkende og utforskende, mens teoretiske aspekter har blitt formet av dataproduksjonen.

⁷ Hvor forskeren legger vekt på hvordan nåtidige fenomener må forstås i sammenheng men en historisk utvikling (Tjora, 2012:169)

⁸ Se kapittel 4.2.3 for en nærere beskrivelse av denne metoden.

4.2.1 Dybdeintervjuer

For å skaffe informanter til mitt studium av farmasøytisk industri sett gjennom legemiddelkonsulentens posisjon, som er en relativt lite gruppe i Norge⁹, var en slags «fot innafor» nødvendig. Jeg kom i kontakt med en person som tidligere hadde jobbet som legemiddelkonsulent i flere år og gjennom vedkommende sitt nettverk ble informanter rekruttert. Etter at informantene hadde blitt rekruttert fikk jeg overrakt e-postadressene deres fra min kontaktperson og et invitasjonsbrev¹⁰ ble sendt ut. Samtlige informanter stilte seg positiv til å bli intervjuet. Gjennom denne «snøballmetoden» hadde jeg på dette tidspunktet anskaffet totalt fem informanter som hadde sagt seg villig til å bli intervjuet. Intervjuene med disse fem fant sted i februar 2014. Videre fikk jeg et par tips av noen av informantene på andre som kunne være gode informanter i min studie og disse ble forsøkt kontaktet uten hell. For å øke datagrunnlaget og få et mere nyansert syn på min studie kontaktet jeg derfor leger og tre informanter ble rekruttert. Årsaken til at leger ble valgt var at det fremgikk tydelig i mine intervjuer med legemiddelkonsulentene at leger har (og har hatt) en viktig funksjon for farmasøytisk industri både i form av at leger er den som forskriver deres produkter, men også at leger brukes av industrien for å øke deres påvirkningskraft. Disse intervjuene fant sted i mars 2014. I tillegg til legemiddelkonsulentene og legene kom jeg i kontakt med Lars Slørdal¹¹, som har jobbet mye med problemstillinger med medisin i samfunnet og farmasøytisk industri. Lars sa seg villig til å uttale seg om min problemstilling og utviklingen i farmasøytisk industri og ble dermed niende informant i studien.

Da jeg avsluttet min intervjuprosess i slutten av mars 2014 hadde jeg altså i alt ni informanter som dannet grunnlaget for min dataproduksjon. Hvor vidt dette er tilstrekkelig eller ikke kan diskuteres. Tjora (2012:33) understreker at det ikke finnes klare svar på hvor mye data man behøver og at dette blir opp til hver enkelt studie å vurdere, men at mellom åtte-femten dybdeintervjuer vil trenge for en masteroppgave. Aase & Fossåskaret (2010:20) hevder at 12-16 virker å være et tilstrekkelig antall intervjuer, men at i enkelte spesialtilfeller der populasjonen er så liten at man får snakket med en betydelig andel av alle ved å intervju få, kan antallet reduseres noe. I mitt tilfelle er det snakk om en relativ liten gruppe som studeres (der flere av mine informanter anslår 200-300 legemiddelkonsulenter på landsbasis) og tar man utgangspunktet i at det er rundt 200 legemiddelkonsulenter og jeg har intervjuet fem av disse vil $(5/200 \cdot 100 = 2,5 \%)$

⁹ Vanskelig å finne pålitelige data på antall legemiddelkonsulenter i Norge, men flere av mine informanter antyder en plass mellom 200-300 på landsbasis.

¹⁰ Se kapittel 8.2 vedlegg 2 for invitasjonsbrev

¹¹ Lars Slørdal, f. 1955, dr. med., spesialist i klinisk farmakologi, professor i medisin (farmakologi) ved NTNU og overlege i klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital siden 1998.

jeg ha intervjuet 2,5 % av alle legemiddelkonsulenter i Norge, noe jeg vil vurdere som et høyt tall. Jeg vil presisere at dette tallet kun er basert på antydninger mine informanter har gitt og at dette tallet muligens kan være noe høyere, selv om indikasjonen gitt til meg antyder at det ikke kan være særlig høyere på grunn av alle nedkuttingene industrien har vært gjenstand for. Samtidig er formålet til den kvalitative metoden å gå i dybden på et fenomen heller enn å øke den statistiske signifikansen, selv om jeg ved å øke antall informanter muligens ville kunne finne mer interessante data (noe som også ble forsøkt). Dette vil for øvrig alltid være et problem når man gjøre intervjuer, for man vil aldri kunne kontrollere om det neste intervjuet vil gi mer nyttig data enn hva de foregående intervjuene har gjort. Så derfor, etter mine intervjuer med legene og Lars Slørdal, besluttet jeg at jeg hadde tilstrekkelig med datagrunnlag for å utføre min studie.

I forkant av mine intervjuer forberedte jeg en intervjuguide¹² for å assistere meg under intervjuprosessen. Strukturen på min intervjuguide var nøye gjennomtenkt og dens formål var å få undersøkt hvordan et legemiddel går fra ide til markedet og hvilke konsekvenser dette hadde. Med utgangspunkt i min forhåndskunnskap om feltet, som kan omtales på forhånd som begrenset, så var veien gjennom intervjuguiden preget av stor tilbøyelighet for åpenhet og rom for at informantene kunne styre det selv. Mitt første intervju var til særlig nytte gjennom at dette ga meg en større forståelse for hvordan disse prosessene og mekanismene preger de som arbeider innenfor industrien. På bakgrunn av dette kan man si at jeg var veldig åpen for tema som ikke var inkludert i min intervjuguide og flere av de temaene som ble tatt opp utenfor intervjuguiden vist seg til slutt å være viktig i mitt analysearbeid. Jeg ga mine informanter selv muligheten til å bestemme tid og sted for intervjuene. Fem av mine intervjuer ble gjennomført i Oslo, hvor av tre ble gjennomført på åpen møteplasser og to ved informantens arbeidsplass. De fire resterende intervjuene ble alle gjennomført i Trondheim ved informantens arbeidsplasser. Tjora (2012:120) hevder at det er viktig å skape en avslappet og trygg stemning når man skal gjennomføre et dybdeintervju og derfor vil arbeidsplassen være et godt sted å intervju når man ønsker å undersøke informantens arbeid. Det vil også være hensiktsmessig å la informantene velge selv for å øke trykghetsfølelsen. Goffmann (1966) argumentere for at individer i nærheten av hverandre alltid vil være i en form for kontakt med hverandre og derfor blir det enda viktigere å være bevisst på valg av møteplass. På grunn av mangel på gode private møteplasser i Oslo kan det være mulig å argumentere for at tre av intervjuene, som ble gjennomført på åpne møteplasser, kan være gjenstand for påvirkning gjennom at det oppholdt seg flere individer i møtelokalet. Jeg fikk selv aldri inntrykket av at dette

¹² Se kapittel 8.1 vedlegg 1 for intervjuguide

var et problem, og spørsmålene mine var lite sensitive, noe som kan svekke innflytelsen på andre individers påvirkning på mine informanter i møtelokalene.

Ved starten av mine intervjuer fikk samtlige en kort innføring i hva studien min gikk ut på. Etske retningslinjer og informantens rettigheter ble deretter gjennomgått, alle informantene ble opplyst om at de kunne trekke seg fra studien frem til dens slutt. Informantene ble spurt om de hadde innvending mot å bruk diktafon og når samtlige stilte seg positive til dette ble diktafonen brukt. Diktafon gir en trygghet om at man får med seg det informanten sier, mens man i selve intervjusituasjonen kan konsentrere seg om informanten som snakker og dermed skape en bedre dialog og flyt, samt få mulighet til å utdype og konkretisere det som trengs (Tjora, 2012:137). Bruken av diktafon har ført til at jeg med større presisjon kan gjengi det som informantene fortalte meg og har gjort arbeidet med å skille det som ble sagt av informantene og hva som ble sagt av meg enklere. Dette kommer til uttrykk i kapittelets analysekapittel. Selv om diktafonen kan være til stor hjelp for forskeren kan den og fungere som et uromoment og på den måten begrense det informanten velger å dele (Tjora, 2012:139). Ved mine intervjuer fikk jeg aldri inntrykket av at mine informanter valgte å begrense seg på grunn av diktafonen, men det er viktig å være bevisst på at informantene kan la seg påvirke selv om det ikke kommer til direkte uttrykk. Jeg opplevde heller ikke noen form for tekniske problemer med diktafonen, men jeg tok notater underveis for sikkerhets skyld, men kun av det jeg fant spesielt interessant. Etter at diktafonen ble avslått kunne det hende at vi pratet løst og fast om forskjellige temaer rundt mitt studie, i de tilfellene spurte jeg om det var greit å skru på diktafonen igjen noe det heldigvis var. Min kjennskap til informantene fra før var meget begrenset så det å vurdere deres oppriktighet blir kun rent spekulativt, men jeg finner ingen grunn til at mine informanter ikke skulle vært oppriktig på grunn av at temaets natur omhandler industrien i all hovedsak og ikke personene. På den andre siden så vil personlige fortellinger om hendelser være en viktig del av analysen på grunn av metodevalget og derfor kan man ikke utelukke at noen av informantene ikke har vært oppriktig i sine beretninger. Samtidig er informantenes måte å fremstille ulike aspekter ved bransjen en viktig del av hvordan de oppfatter bransjen, uansett om de velger å fremstille bedre eller dårligere enn hva virkeligheten tilsier.

Intervjuene vart fra 44 til 154 minutter, men i gjennomsnitt vart intervjuene rundt 80-90 minutter. Det fantes noen variasjoner i engasjement og «giverglede» når det kom til å svare fyldig og være en engasjert deltaker i intervjuprosessen. Mitt generelle inntrykk var at nesten samtlige informanter syntes mitt tema var spennende og viktig. Dermed fikk jeg mange gode og spennende

svar på mine spørsmål. Det kom klart frem, særlig når det gjaldt legemiddelkonsulentene, at de følte at deres arbeid var viktig og derfor var de veldig villige til å dele sin kunnskap med meg.

Tabell 1. Oversikt over informanter.

Navn/tag	Arbeidssituasjon
Legemiddelkonsulent	Legemiddelkonsulent
Legemiddelkonsulent	Legemiddelkonsulent
Legemiddelkonsulent	Tidligere legemiddelkonsulent
Legemiddelkonsulent	Legemiddelkonsulent
Legemiddelkonsulent	Tidligere legemiddelkonsulent
Lege	Allmennpraktiserende lege
Lege	Allmennpraktiserende lege
Lege	Allmennpraktiserende lege
Lars Slørdal	Spesialist i klinisk farmakologi, professor i medisin (farmakologi)

Med tanke på særlig legemiddelkonsulentene er en relativt lite gruppe i Norge har jeg kun valgt å inkludere deres arbeidssituasjon og merket de med en tag. Dette gjøres for å bevare deres anonymitet samt at det ikke vil være relevant for den informasjonen de har kommet med. Det eneste som er verdt å nevne når det er snakk om antall år vil være at samtlige av mine informanter hadde en lang fartstid innenfor sine respektive profesjoner. Formålet med å inkludere deres arbeidssituasjon er at det er et viktig skille hos legemiddelkonsulentene mellom de som har jobbet og jobber i industrien. Perspektivet til de to legemiddelkonsulentene som ikke lengre jobber i industrien var i større grad preget av refleksjon over hva som hadde forgått og hvordan industrien fungerer, derfor er det viktig å dele de i to grupper. Lars Slørdal står oppgitt med navn i oppgaven og årsaken er at hans posisjon som fagperson innenfor farmakologi, professor i medisin og tidligere medlem i blåreseptnemnda gjør han til en gode informasjonskilde. Han har også stått frem som en meningsytrer i dette tema fra før av. Ved å anonymisere han mister man også troverdigheten bak hans utsagn.

4.2.2 Dokumenter som tilleggsdata

Som tidligere nevnt brukes dokumenter som tilleggsdata i min oppgave for å styrke den historiske følsomheten til oppgaven. På denne måten kan man kompensere for nådigheten som preger intervjuer (Tjora, 2012:169). Dokumentene som jeg bruker i denne studien er møtereferater fra blåreseptnemnda i perioden 11/02-2011 til og med 20/03-2013. I tillegg brukes særmerknader av Lars Slørdal til møtene i samme periode. Dokumentene inkludert i denne studien vil være med å

supplementere hvordan industrien jobber og har jobbet med påvirkningsstrategier imot viktige beslutningstakere i helseregimet.

4.2.3 Stegvis-deduktiv induktiv metode

Som tidligere vedkjent var min forhåndskunnskap om farmasøytisk industri i Norge og hvordan det ble/blir jobbet der begrenset til et nivå som kan ses på å være noe rundt gjennomsnittet. Dette har vært førende for valg av min metodologiske tilnærming. Den stegvis-deduktive induktive metoden er en tilnærming som arbeider seg i etapper fra rådata til konsepter eller teorier (Tjora, 2012:175). Den induktive delen av metoden handler om at man jobber seg oppover fra data opp imot teorien, mens den deduktive delen handler om at man jobber seg tilbake eller nedover ved at man sjekker fra det mer teoretiske til det mer empiriske. Metoden starter med datagenerering av empiriske data, deretter bearbeiding av empiriske rådata, så kommer koding av disse dataene, etter dette puttes disse kodene i kategorier, av disse lages noen hovedtema/utvikling av ulike konsepter, så diskuteres disse konseptene ved hjelp av teoriene og til slutt står man igjen med teori. Dette er på ingen måte en ren lineær forskningsprosess, men den gir et utgangspunkt for systematikk og fremdrift i kvalitative forskningsprosjekter. Dette har vært en særlig nyttig metode for meg (med min begrensede kunnskap om feltet) gjennom at datagenereringen har dannet grunnlaget for teoribruken og ikke omvendt. Gjennom å bruke disse stegene i metoden har jeg latt empirien forme og bestemme hvilke temaer som har blitt sentral i min analyse noe som har vært nyttig for systematikken i analysen min.

4.2.4 Transkribering, koding og kategorisering

Alle mine intervjuer ble forløpende transkribert etter at de ble gjennomført. Dette ble gjort både for videre læring frem til neste intervju og for å gjøre det totale arbeidet mer overkommelig. Dette dro jeg særlig nytte av gjennom det første intervjuet som tidligere nevnt. I transkripsjonen er sitatene forsøkt gjengitt med størst mulig presisjon, det er kun gjort små endringer i forbindelser med pauser i utsagnene, ikke-utfyllende setninger, gjentakelser, utdragning av ord og repetisjoner. Det er også gjort noen små endringer i forhold til navn på bedrifter, produkter og personer der det ikke vil være relevant for oppgaven å inkludere de med fullt navn. Etter at transkriberingsprosessen var over brukte jeg programmet HyperRESEARCH for i første omgang å kode det transkriberte materialet¹³. HyperRESEARCH er et typisk software for å gjøre behandling av større tekst mengde lettere. Etter at hele mitt datamateriale hadde blitt kodet ble det kjørt ut en såkalt «rapport med kodestrukturert kildemateriale» som jeg kategoriserte inn i fire kategorier som dannet grunnlaget

¹³ Se kapittel 8.3 vedlegg 3 for liste over koder basert på datamaterialet i HyperRESEARCH der brukte koder er markert i fet-stil.

for min analyse. I denne prosessen forsvant en del koder som jeg ikke mente var relevant for min problemstilling og som ikke passet med resten av materialet. Dette er også litt av hensikten med dette steget i metoden. Gjennom dette arbeidet i softwaret ble jeg grundig kjent med mitt datamaterialet noe som gjorde arbeidet med analysen i etterkant mye enklere. Denne måten å arbeide på mener jeg også har gjort at informantenes stemmer kommer frem på en tydelig og ryddig måte.

4.3 Etiske retningslinjer

Den kvalitative forskeren må forholde seg til at hvert enkelte individ gjør krav på rett til å verne om sitt livsrom og sin personlige integritet (NESH, 2009). Dette er en rett som ikke alle har samme evne og mulighet til å ivareta, det er derfor forskeren som har ansvaret for å gi vern både mot objektivt og subjektivt opplevd skade eller belastning som forskningen kan påføre den enkelte. Samtidig må det vurderes opp imot verdien av den kunnskapen forskningen kan skape om den verden vi lever i, derfor vil det kreve etisk refleksjon for å finne denne balansen mellom vern og videreformidling av ny kunnskap. I kvalitative intervjuer er det særlig viktig å ivareta integriteten hos individene som intervjues både under selve intervjuer og i etterkant når resultatene skal presenteres og fortolkes (NESH, 2013). Under normale omstendigheter er det vanligvis krav om at man anonymiserer identifiserbare detaljer og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet.

4.3.1 Fritt samtykke og konfidensialitet

Begrepet fritt samtykke består av to deler: fritt og samtykke. At samtykket er fritt betyr at det er gitt uten begrensninger eller ytrepress av personlig handlefrihet (NESH, 2006). At det er informert har den betydning at informantene blir orientert om det som omhandler vedkommende sin deltakelse i forskningsprosjektet. Denne informasjonen må komme i forståelig form for informanten, noe som betyr at de som er gjenstand for forskning skal få all informasjon som er nødvendig for å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, følgene av det å delta og hensikten ved forskningen (NESH, 2006). I forbindelse med mine intervjuer fikk samtlige informanter en kort beskrivelse av mitt prosjekt skriftlig på mail gjennom informasjonsbrevet¹⁴ og før selve intervjuet startet presenterte jeg ytterlig informasjon om mitt prosjekt¹⁵ og rettigheter informanten har. Med tanke på at mitt tema ikke er av spesielt sensitiv kaliber og at jeg grundig

¹⁴ Se kapittel 8.2 vedlegg 2 for invitasjonsbrev.

¹⁵ Se kapittel 8.1 vedlegg 1 for intervjuguide.

informerte mine informanter, mener jeg at krav til fritt samtykke er oppfylt så langt det vil la seg gjøre. Dette vil heller ikke være et problem så lenge informanten har gått med på å la seg intervju.

Informanter som gjøres til gjenstand for forskning har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold blir behandlet konfidensielt (NESH, 2006). Det er forskerens ansvar å forhindre bruk og formidling av informasjon som kan skade informanter det forskes på. Dette gjøres vanligvis gjennom anonymisering og gjennom at det stilles strenge krav til hvordan lister med navn eller andre opplysninger gjør det mulig å identifisere informantene oppbevares og tilintetgjøres. I mitt prosjekt er liste med informanter og det materialet som kan knyttet informantene til min analyse oppbevart på min personlige pc i en passord beskyttet mappe. Ved prosjektets avslutning ble alle slike lister tilintetgjort i tråd med NSDs retningslinjer¹⁶. Det å anonymisere bød allikevel på spesielt en stor utfordring som vi skal se på i neste delkapittel.

4.3.2 Miljøanonymisering

Som vi har sett over er anonymisering svaret på mange av de etiske utfordringene den kvalitative forskeren møter både i feltet og i etterarbeidet. Aase & Fossåskaret (2010:185) poengterer at dette med anonymisering kan være mer problematisk når man studerer en organisasjon eller på et lite sted særlig når man kan dra nytte av å utfordre andre informanter på det informanter i tidligere intervjuer har sagt. Dette var et grep jeg valgte å benytte meg av, både fordi det kan gi et godt grunnlag for sammenligning og diskusjon, samt at gjennom bruken av SDI og mitt kunnskapsmessige utgangspunkt var dette meget hensiktsmessig. Fiktive navn sikrer heller ikke alltid anonymitet fordi i små sosiale system vil bruk av tagger/pseudonym og omskrivning av sitater kun sikre anonymitet delvis (Aase & Fossåskaret, 2010:186). På samme måte kan steder også identifiseres eksternt ved andre kjennetegn enn kun navn, det vil derfor være naturlig for andre informanter å gjøre seg opp en mening om hvilken informant som har uttalt seg om akkurat dette. Som nevnt tidligere er legemiddelkonsulenter i Norge er relativt liten grupper (anslagsvis 200-300 ifølge mine informanter) og alle mine informanter som er legemiddelkonsulenter hadde lang fartstid innenfor industrien noe som innebærer at samtidige også hadde vært innom flere bedrifter. På bakgrunn av dette kan man anta at flere av informantene vil kunne identifisere hverandre gjennom spesielle historier eller episoder som har skjedd i forbindelse med produkter eller spesielle selskaper. Dette er spesielt utfordrende i mitt tilfelle der historier vil være viktig for studiens historiske følsomhet og for utviklingstrekk i en industri som har opplevd store omveltninger siste 20-30 år.

¹⁶ Se kapittel 8.4 vedlegg 4 for NSD retningslinjer.

Løsning på denne utfordringen har vært å anonymisere produkter og bedrifter i tilfeller der det ikke påvirker analysen i særlig grad, mens der navn på produkter og bedrifter har spilt en avgjørende rolle i sitatet har navn blitt stående (Tjora, 2012:200). Aase & Fossåskaret (2010:187) poengterer her at man også har ansvaret for tredjepersoner som omtales av informantene som for eksempel sjefer og kolleger, derfor er disse også anonymisert. Når det gjelder legene finner man ikke samme problematikken på grunn av omfanget av leger i Norge. Lars Slørdals posisjon gjøre at det er naturlig å ikke anonymisere han som jeg tidligere har nevnt. Samtykke til dette ble naturligvis hentet inn på forhånd.

4.4 Kvalitetssikring

Innenfor samfunnsforskning er det særlig tre kriterier som benyttes ofte for indikasjon på kvalitet: reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Tjora, 2012). Disse tre indikatorene har Tjora (2012) oversatt til pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og generaliserbarhet. Thagaard (2003) hevder at man kan benytte seg av begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet istedenfor de tre opprinnelige indikatorene, men som Tjora (2012) argumenterer for fungerer de norske begrepene som jeg har nevnt over utmerket og ingen nye begreper trengs innføres. I tillegg til de tre tradisjonelle kvalitetsindikatorene har jeg valgt å benytte meg av to tilleggs mål som Tjora (2012) har valgt å kalle transparens og refleksivitet. Grunnen til at jeg har valgt å inkludere disse indikatorene er at de tar opp viktig refleksjonspoeng som er relevant for mitt studie. Deltakelse er involvering hevder Aase & Fossåskaret (2010), for som tidligere nevnt blir den kvalitative forskeren eksponert for de sosiale prosessene som preger feltet som studeres. Dette har den konsekvensen at forskeren aktivt må ta beslutninger som er med på å forme forskningen. Dermed blir også de begreper og kategorier forskeren utvikler eller velger å ta i bruk i sin analyse et utvalg slik at noe velges inkludert mens andre overses (Aase & Fossåskaret, 2010). Ved å være klar over disse utfordringene vil man kunne gjøre analysen på en mest mulig oppriktig måte. Formålet med denne oppgaven vil derfor være å undersøke min egen forskings kvalitet, så langt det vil la seg gjøre.

4.4.1 Pålitelighet

Ifølge Tjora (2012) handler pålitelighet om forskerens posisjon til det tema og informanter det forskes på. Man kan i denne sammenheng velge å se forskerens engasjement i tematikken som støy som påvirker resultatet eller man kan se på dette som støy som er en ressurs i studien. Tjora (2012) velger å se det som en ressurs, men hvordan det anvendes i analysen må være eksplisitt. Derfor vil det være viktig å redegjøre for egen posisjon og hvordan det kan prege arbeidet. Det blir på denne måten viktig å reflektere over om man har noe til felles med informantene eller om

man har spesiell kunnskap og engasjement samt hvordan slikt kan ha påvirket tilgang til feltet, utvalg, datagenerering, analyse og resultatet av dette for å styrke studiets pålitelighet. Mine legemiddelkonsulentinformanter ble som tidligere nevnt rekruttert gjennom en kontaktperson som videreformidlet informanter til meg som jeg igjen rekrutterte. Dette kan selvfølgelig gjøre noe med påliteligheten til min studie, siden informanten ikke ble direkte rekruttert av meg selv. Kunnskapsnivået og engasjementet til tema har jeg tidligere redegjort for og med kun generell kunnskap om feltet mener jeg at påliteligheten til oppgaven styrkes fordi dette har gjort at jeg ikke har hatt noen former for forutinntatte refleksjoner over hvordan industrien fungerer eller opptrer. Mitt engasjement i feltet har kun bygget på en curiositet noe jeg mener styrker ytterligere. Jeg har gjennom hele dette kapitlet forsøket å redegjøre, så langt det lar seg gjøre, for hvordan studien ble utført og dermed kan også leserne vurdere studiens pålitelighet.

4.4.2 Gyldighet

Gyldigheten i en oppgave er knyttet til spørsmålet om de svarene vi finner i studiet faktisk besvarer de spørsmålene vi forsøker å stille og dette er særlig utfordrende i fortolkende tradisjoner som den kvalitative (Tjora, 2012). Forskeren bør alltid være kritisk til egne tolkninger og studiens resultater bør bekreftes av annen forskning. Tjora (2012) forteller at gyldigheten kan styrkes gjennom å være åpen om hvordan forskningen har blitt praktisert, ved å redegjøre for valg tatt i sammenheng med valg av metode for datagenerering eller valg av teoribruk i analysen. Det viktigste for gyldigheten er at forskningen foregår innenfor rammer av faglighet som er forankret i annen forskning. Dermed blir hvor godt man har truffet med sin metode i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål viktig og en tung vurdering av studiens gyldighet. Gjennom hele forskningsprosessen har SDI-metoden blitt praktisert, noe jeg mener har vært heldig for studiens gyldighet. Basert på pålitelighetskriteriene og mitt utgangspunkt ved studiens start har SDI-metoden vært fruktbar gjennom sin curiositet og eksplorerende dimensjon. Ved å redegjøre grundig for hvordan valget av SDI-metoden ble tatt i bruk og hvordan det ble praktisert underveis mener jeg gyldigheten for studien har blitt styrket. Et annet aspekt som styrker gyldigheten ytterligere er bruken av HyperRESEARCH på grunn av at man mer systematisk og tydelig får vist hvordan man jobber seg fra rådata til kategorier for analysen. Analysen, som nevnt tidligere, bygger på disse kategoriene som systematisk er jobbet fram fra denne rådataen som SDI-metoden tilsier. Jeg har gjennom hele forskningsprosessen forholdt meg kritisk til mine data og vært åpen for andre vinklinger på det som sies, dette blant annet gjennom å inkludere Lars Slørdal i min studie. På samme måte har diskusjoner og samtaler med veileder vært særlig fruktbart. En utfordring for gyldigheten til min studie har vært delvis mangelfull sammenligningsgrunnlag

relatert til annen forskning gjort på dette feltet i Norge, man kan finne mange store studier gjort på andre land som for eksempel USA og Storbritannia men lignende studier har jeg ikke vært i stand til å finne. Det som er funnet er redegjort for i kapittel to og forsøket sammenlignet så langt det lar seg gjøre.

4.4.3 Generaliserbarhet

Målet for enhver studie innenfor samfunnsvitenskapene må være en eller annen form for generalisering, for å gjøre sin forskning mer relevant og anvendelig for andre som vil studere samme tema. Tjora (2012) fremhever at debatten om generalisering i kvalitativ forskning har pågått over lengre tid og at enkelte forskere hevder at det kan være problematisk å snakke om generalisering i kvalitativ forskning, men at dette er uheldig fordi generalisering er en godt etablert indikator på kvalitet for forskning. Tjora (2012) snakker om tre former av generalisering: naturalistisk, moderat og konseptuell generalisering. I mitt tilfelle er det særlig moderat generalisering som vil være det mest relevante for mine studie, selv om konseptuell generalisering er det endelige målet for SDI-metoden. Moderat generalisering handler om at forskeren selv beskriver i hvilke situasjoner forskningen vil være gyldig (Tjora, 2012). Slike situasjoner kan i dette tilfelle være tider, steder, kontekster og andre variasjoner. Kvaes (1997) begrep analytisk generalisering kan også benyttes i mitt tilfelle, og her ligger fokuset på om funnet fra mitt studie kan brukes som indikasjon på hva som vil skje i en annen situasjon. Mitt utvalg består som tidligere nevnt av ni informanter, hvorav fem av disse er legemiddelkonsulenter, tre er leger og Lars Slørdal som ekspert på feltet. Når min studie har tatt for seg å undersøke hvilken rolle industrien har i et samfunn der stadig flere problemer løses ved bruk av medisin er ikke utvalget mitt stort nok til å overføre til å gjelde hele industrien. Jeg mener uansett at mine funn kan brukes til å si noe om hvilke mekanismer som er i spill for dagens legemiddelkonsulenter og hvordan det arbeides i industrien i dag mot leger og befolkningen generelt. Bredden og variasjonen i mine informanter, samt den relativ store andelen av legemiddelkonsulenter i Norge jeg har snakket med mener jeg er med på styrke generaliserbarheten. Jeg vil på tross av dette påpeke at analysen og funnene jeg har gjort i all hovedsak er basert på det utvalget min undersøkelse er basert på.

4.4.4 Transparens og refleksivitet

Et av de viktigste kravene til all type forskning er at den skal være transparent eller gjennomiktig og med dette menes at man skal kunne se hva forskeren har gjort og hvilke problemer man har stått på under forskningsprosessen (Tjora, 2012). Der pålitelighet og gyldighet vurderer hvor godt slike valg tas, tar transparens høyde for hvor godt disse valgene formidles i studiens rapportering. Formålet med denne kvalitetsindikatoren er at den som leser det skal kunne få et godt innblikk i

forskningen slik at de kan vurdere kvaliteten. Et typisk grep for å styrke transparens er ifølge Tjora (2012) er en gjennomgående systematikk sammen med bruk av dataverktøy som for eksempel HyperRESEARCH. Gjennom dette metodekapitlet har målet vært å redegjøre så tydelig som mulig for å gjøre studien mest mulig transparent. Min metodiske tilnærming, gjennom bruk av SDI-metoden, mener jeg har ført til at jeg har lyktes med dette og da særlig med på tanke på hvordan metoden har redegjort for hvordan man har gått fra rådata til endelige resultat. Bruken av HyperRESEARCH har særlige tydeliggjort dette.

Tjora (2012) understreker at i all empirisk forskning må tolkning av data reflekteres over i etterkant. Hvordan man kommer frem til den tolkningen man gjør bør være forankret i en visshet om at empiriske data ikke kan være en enkel gjenspeiling av virkeligheten. For å gjøre forskningen refleksiv må man gjøre en tolking av tolkingen man har gjort å se på hva alle kontekstuelle variabler vi omgir oss i påvirker den tolkingen vi har gjort. Gjennom å gjøre dette øker studiens troverdighet (Tjora, 2012). I mitt møte med mine informanter kan jeg i større eller mindre grad ha blitt påvirket av budskap eller meninger de ønsker å fremme. Mine informanter var alle velutdannede og meget kunnskapsrike på sine felt. Dette, kombinert med mitt kunnskaps utgangspunkt, kan ha ført til at jeg har blitt dratt i en spesiell retning gjennom de synspunkt som ble ytret eller de temaene det ble mest fokusert på i intervjuene. Gjennom mye arbeid med mitt datamateriale (koding og kategorisering) har jeg blitt tvunget til å ta andre vinkler på oppgaven enn hva jeg trodde ville være vinklene jeg skulle ta rett etter intervjuprosessen var avsluttet. Kanskje jeg har vært forutinntatt i mine antakelser allikevel? Gjennom skrivingen har jeg skjønnet at farmasøytisk industri i Norge er et meget omfattende tema og en industri som lever i kontinuerlig dialog med mange aktører, noe som også reflekterer mye av den problematikken de står ovenfor og som de til dels blir kritisert for. Ser jeg på min analyse så skjønner jeg at dette ikke er et tema som kan ses på som svart eller hvitt.

5.0 Analyse

I dette kapitlet vil informantenes stemmer være i fokus og det vil forekomme både kortere og lengre sitater fra mine samtaler med informantene. Kapitlet inneholder både utdrag fra mine samtaler med legemiddelkonsulentene, legene og utdrag fra møttereferater¹⁷ i Blåreseptnemnda samt særmerknader av Lars Slørdal. Selve innholdet i sitatene er uforandret bortsett fra noen mindre språklige justeringer som er gjort for å konkretisere og tydeliggjøre uttalelsene. Det er også gjort noen justeringer i forhold til anonymisering av bedrifter og personer som informantene mine har omtalt. Mange ulike aspekter vil bli inkludert i denne analysedelen, men for å gjøre informantenes stemmer mer oversiktlig har jeg valgt å dele inn kapitlet i fire deler. Kapittel 5.1 omhandler prosessen fra et legemiddel skapes og til det kommer på markedet gjennom å se på blant annet markedsføring, nettverk regulering og bedriftskultur. Neste kapittel 5.2 beskriver hvordan industrien er med å påvirker for å selge sin medisin før og etter et medikament har kommet på markedet. For å gjøre dette blir måten industrien jobber på før og nå beskrevet samt hvilke påvirkningsstrategier industrien bruk, før et eksempel på hvordan dette kan utspille seg gjennom et sak i blåreseptnemnda. Legers erfaringer med hvordan industrien opptrer vil bli undersøkt i kapittel 5.3. Gjennom å se på hvordan interaksjonen mellom leger og legemiddelkonsulenter foregår samt tilbøyelighet i forskrivning og kongressreiser som mange av informantene mine var veldig opptatt av. Siste kapittel, 5.4, belyser samfunnskonsekvenser denne måten industrien jobber på har gjennom å se på årsaker til vekst i legemidler, patenter, kopipreparater og hvordan man oppfatter sykdommer i dagens samfunn.

5.1 Fra forskning til marked

Under hvilke rammer og kontekster farmasøytisk industri jobber frem sine medikamenter er undersøkt og definert gjennom flere forskingsverker (Rasmussen, 2009; Buljo & Gjæver, 2011; Lian, 2009; Frich & Hoffmann, 2009). Min primære interesse da jeg startet intervjuprosessen var hvordan industrien gikk fra å skape et medikament, til hvordan de får medikamentene ut til markedet og hvordan bedriftskulturen er. Hva slags tester, prøvelser, utfordringer, omkostninger, konkurranse og reguleringer er industrien gjenstand for? I dette kapitlet vil jeg presentere sitater fra mine informanter som omhandler slike tema.

¹⁷ Møttereferatene og særmerknadene kan finnes her:

http://www.legemiddelverket.no/Blaa_resept_og_pris/blaaresept_forhaandsgodkjent_refusjon/blaareseptnemnda/moeter_i_blaareseptnemnda_referat/Sider/default.aspx

5.1.1 Prosess, forskning og industriens tilstand

Proessen der et medikament blir til er lang, tidkrevende og kostbar. Det hele starter gjerne med en ide om en mangel eller forbedring av et eksisterende legemiddel, men fra ide til ferdig medikament er veien lang:

Marcus= Kan du fortelle litt om hva slags prosess som ligger bak at et medikament kommer på markedet? Hvordan kommer de ut på markedet?

Legemiddelkonsulenten = det er en veldig lang prosess, man har alle fasene fra en-fem der man må gjennom fase en og to før man kan få medisinen ut på markedet, så det er en veldig lang prosess som kan ta mange år. Her i firmaet har vi medisinsk avdeling som kjører disse studiene, så her kjører vi alt selv. Norge er jo veldig anerkjent på måten man kjører studiene på, så det er høyt prisgitt måten det gjøres på her, men samtidig er det veldig dyrt så vi sloss litt for å få studier til Norge, men når vi får de blir den jobben som gjøres veldig anerkjent.

Som legemiddelkonsulenten forteller, er prosessen veldig lang og man har totalt fem faser man må gjennom før man har et endelig produkt. Man må gjennomføre fase en og to før man kan få markedsføringstillatelse, disse to fasene er preget av mindre studier på et begrenset utvalg mennesker som enten er friske eller er syke med den sykdommen som medisinen angivelig skal kurrere (Legemiddelverket, 2014). Legemiddelverket krever også at det er gjort prekliniske studier som er utført på levende organismer i prøveglass og dyr for å få starte på fasene. Samtlige av legemiddelkonsulentinformanter bekrefter at det er slik det fungerer og de forteller at det er da deres jobb virkelig begynner: «Det er da spesielt når man kommer over til fase 3-4 at vi er ute og markedsfører det kommende produktet, det er på en måte da vi blir viktige personer for firmaet» (Legemiddelkonsulenten). Legemiddelkonsulenten forteller også at Norge er et anerkjent land for sine studier, men at man sliter med å få studiene hit på grunn av at det er for dyrt. Dette sammenfatter med Buljo og Gjævers (2010) funn som viser at Norge har minst like bra utviklingspotensial som sine nabo land. Videre bekrefter en av de tidligere legemiddelkonsulentene at prosessen med å utvikle et legemiddel er komplekst:

Man kan si at det er mange mulig prosesser. De store legemiddelfirmaene har stor forskingssenteret som følger med hele tiden. Deres oppgave er å finne nye kjemiske produkter innenfor ulike typer områder som de mener kan etter hvert kan bli utviklet til et legemiddel, men mesteparten går jo ned i søpla, mens andre produkter blir markedsført eller kommer inn i den godkjeningsprosessen. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Tidligere legemiddelkonsulent bekrefter det to av legemiddelkonsulentene forteller om en kompleks prosess som kan komme fra mange ulike tanker og ideer. Som en av legemiddelkonsulentene fortalte virker det å være slik at de største firmaene har egne forskningssentre eller avdelinger for å utvikle nye legemidler. I dette sitatet bemerkes det også at det fleste kjemiske produktene som skal bli legemidler går ofte rett i søpla, dette fører til at det å utvikle nye legemidler er en ganske dyr prosess som vi skal se:

M= Fører dette med at det er så dyrt å utvikle et legemiddel og at såpass mange går i søpla til at det bremses opp for at nye produkt kan utvikles?

Legemiddelkonsulenten = Både jeg og nei. Jeg tror ikke det bremser, men det gjør det hvert fall kostbart fordi man får store utgifter i utviklings- og forskingsdelen. Derfor er det ikke mange firma som driver med det heller nettopp fordi det er så omfattende prosesser. Det med hvor lang tid man får på å tjene inn de pengene blir jo bare kortere og kortere, så det skal godt gjøres å tjene inn de pengene også. Derfor er det mange sykdommer eller sykdomsområder som får mer oppmerksomhet, for enkelte sykdomsområder vil ikke være lønnsomme å forske på. Det er jo litt trist, men det er jo en ganske tøff hverdag vi lever i og jeg skjønner man ikke vil gjøre investeringer som man ikke får tilbake.

Det følger med seg store utgifter å utvikle et legemiddel og det kombinert med en presset patenttid ser ut til å føre til at færre bedrifter velger å satse tungt på å utvikle nye legemidler. Dette får også konsekvenser for hvilke type legemidler som utvikles fordi enkelte områder vil være for spesialisert og ha en for liten målgruppe. Det vil altså være vanskelig å få tilbake pengene som investeres. Valget med å kun utvikle legemidler der det er mulighet til å få tilbake investerte penger legitimeres gjennom begrensninger som en liten målgruppe utgjør fremfor at det vil hjelpe en større gruppe av befolkningen. Akkurat dette med gjentjening av investerte midler er noe som implementeres tidlig når man blir ansatt ifølge en av legemiddelkonsulentene:

Marcus= Blir ikke denne måten å tenke legemidler på legitimert gjennom at dette er en så tidskrevende og dyr prosess å gjennomføre? Med stadig kortere patent tid.

Tidligere legemiddelkonsulent = Jo, de fikk jo printet det inn i hodet vårt det med «return on investments» hele tiden. Det er jo det det er snakk om for at det skal gå rundt, så må man få tilbake investeringene sine for at det skal fortsette. Derfor blir det også litt søkt å tenke at det bare er for inntjeningens skyld. Det sier seg selv. Hvis det bare skal være for omsorgens del kan man jo gå til et firma som jobber med en snever krefdtype for eksempel. Som ikke er sånn spredt over med mange produkter, men du vil redde de få som har det. Det er et eller annet med tankegangen som er snudd opp ned på hodet. Det er nettopp dette med kapitalisme som driver mange i jobben også, altså økonomiske grunner.

Det å få igjen på sine investeringer er nødvendig for at et firma skal overleve og kunne utvikle nye legemidler, slik vil det være for alle typer firma ikke bare for farmasøytiske. Det som er interessant her er motivasjonen for å skape nye legemidler og som legemiddelinformant C forteller så er det akkurat de økonomiske som virker å være hovedmotivasjon. Flere av sitater fra legemiddelinformantene bekrefter at dette er hoveddrivkraften i industrien:

Jeg har en god venn, han var tidligere pr-sjef i et stort farmasøytisk firma, han er også sosionom da, han jobber nå med HMS og han sier at de få årene han var innom legemiddelindustrien har han aldri opplevd en bransje som var så kapitaldrevet. Det har han etter min mening veldig rett i også, jeg stiller meg bak et slikt utsagn 100 %. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Marcus= tror du det jaget etter penger og gode tall er noe som preger bransjen fortsatt?

Tidligere legemiddelkonsulent= Ja, det tror jeg. Fordi i andre land kan man jo fortsatt drive slik det ble drevet her under «Texas-tiden», så man drar jo bare strikken så langt som man kan eller har lov til. Så har jo valutaforskjellen vært slik at det ikke har vært lønnsomt å ha mange konsulenter og selgere i stabene sine i Norge. Så de har trukket seg mer og mer ut, også jobber man mer sentralisert.

Disse utsagnene understreker at kapitaldriven i bransjen er sterkt førende for hvordan man tenker og handler i forhold til medisin, utsagnet støttes også opp av at man har en som har jobbet i ulike bransjer i ettertid også hevder dette. Det den tidligere legemiddelkonsulenten forklare er at forskjellen mellom Norge og andre land er slik at i andre land er ikke lovreguleringen like sterk og derfor vil utenlandske moderselskap forsøke, bevisst gjennom at de forstår konteksten i Norge eller ubevisst med mangel for forståelse av det norske regelverket, å tøyne lover og regler så langt som mulig for å få mest mulig profitt ut av sine norske selskaper. Det fremstår som mere lønnsomt å jobbe sentralisert med mindre legemiddelkonsulenter og akkurat dette er noe som påvirker de legemiddelkonsulentene jeg snakket med i stor grad:

Jeg ser at den symbiosen vi hadde før med lege og legemiddelbransjen, den er i ferd med og litt viskes ut. Det synes jeg er synd, jeg er veldig glad for at jeg ikke har 40 år igjen i den bransjen her altså. Jeg tror ikke det blir morsomt og like interessant å jobbe. Vi er kanskje en utdøende rase rett og slett, etter hvert blir det helt andre portaler man går gjennom. (Legemiddelkonsulent)

Som en konsekvens av at man har blitt mindre legemiddelkonsulenter og man har funnet nye veier å gå for å få solgt legemidler, har relasjonen mellom legemiddelkonsulenten og legen blitt svekket, noe informanten her uttrykker et misnøye med. Det antydes her et skifte i måten industrien jobber på, og som vi skal se senere i analysen så velger industrien i dag andre strategier for å få solgt inn

sine preparater på. Antallet legemiddelkonsulenter i dag er litt vanskelig å anslå, men en annen av legemiddelkonsulentene gir oss et omtrentlig bilde av situasjonen: «(...) selve bransjen har skrumpet inn fra å være 600-700 konsulenter til å være 200-300 så det er mye færre ute og det merker legene også at det er mye mindre pågang fra industrien om å komme med informasjon. Det man kan holde for sikkert er at antallet konsulenter har krympet betraktelig de siste 20 årene og at presset på de som er gjenværende har økt:

Marcus= Hva tenker du rundt at bransjen har blitt så mye mindre?

Legemiddelkonsulenten= I jobbsammenheng i det er det veldig tøff altså. Det å markedsføre et produkt for et firma mens det snevrer seg rundt deg, man ser kolleger mister jobben, man ser bransjekolleger der man kutter halve staben. Så tenker man jo at man er takknemlig for at det ikke er oss, men i morgen hvem vet? Det er et press, jeg har vel aldri følt meg usikker, men presset gjør jo at det blir mer jobb på de som er igjen. Du skal jo gjøre den samme jobben og nå de samme legene, massen av leger og pasienter blir heller ikke mindre. Du får en mye mer stressende hverdag. Jeg merket det veldig fort, jeg synes det var et helt annet press når jeg var i selskapet nå i fjor kontra når jeg var i samme selskap i for noen år siden. (...) Pengene var også mindre enn før, man får jo et budsjett og så viser det seg at jo mere vi selger jo større budsjett får vi.

Informanten forteller her om en bransje som opplever stadig større press på grunn av nedskjæringer i antall legemiddelkonsulenter som er ute i felten og jobber opp imot leger og pasienter. Denne prosessen har etter det informantene mine opplyser utviklet seg over tid, noe sitatet over også illustrerer. En av de tidligere legemiddelkonsulentene forteller også om en tilnærmet lik prosess:

Det ble gradvis strammet inn. Det er ikke lett å finne en person som går av med pensjon i legemiddelbransjen, det var veldig fokus på oss og særlig da i den skandinaviske seksjonen om at vi hadde for mange eldre. Da begynte de med en avskallingsmetode og omorganiseringer og det var hele tiden de som var eldst som ble oppsagt først. Så personalmessig så er det beintøft. De ryktes at de ansatte i et stort farmasøytisk selskap i Sverige rett før jul, når de skulle ha sine innskrenkninger, de ble oppropt til to forskjellige rom og på det ene rommet fikk de klapp på skuldra og god jul mens på det andre rommet fikk de sparken. Det er nesten så jeg håper det ikke er sant, men det forbauser meg heller ikke. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Internasjonaliseringen, som Tørisen (2009) poengterer at har funnet sted, av bransjen har ført med seg en omorganisering og konsekvensen av dette har vært at stadig flere av de eldre som jobber i bransjen har mistet jobben ifølge min informant. Presset for denne omorganiseringen virker å ha kommet fra moderselskapene og har ført til at presset på personalet i de norske selskapene har

blitt betydelig større. Eksemplet som den tidligere legemiddelkonsulenten her referer til illustrer litt hvor tøff bransjen kan være, muligens som et ekstremt tilfeller, men dog illustrerende i forhold til det inntrykket mine informanter har gitt meg. Samtidig som det er tøft så viser samtlige av mine informanter en stor stolthet over jobben de gjøre, her fortalt av en av legemiddelkonsulentene:

Marcus= Meget tøff bransje å jobbe i?

Legemiddelkonsulenten= ja, det er på mange måter det. Samtidige er vi jo veldig stolte av den også. Nå redder ikke mine produkter liv, men mange produkter er med på å utvide antall leve år og bedrer livet til de som bruker det. Så jeg føler ofte at vi blir uglesett og så glemmer man det positive man får i form av legemidler også.

Selv om bransjen virker å være ganske tøff og rå er det viktig å huske den viktige jobben som gjøres, uansett om det gjøres med gode eller dårlige intensjoner.

5.1.2 Markedsføring, nettverk og konkurranse

Markedsføring, nettverk og konkurranse er tre begreper som alle min informanter var opptatt av. Markedsføring er et av industriens viktigste verktøy for å gjøre sine preparater mer synlig, men på grunn av den norske lovreguleringen er det en del begrensninger som man må ta hensyn til. Nettverk fremstår som et viktig virkemiddel for konsulentene for å få i stand møter med legene og spre informasjon om sine preparater, mens konkurranse med andre selskaper ser ut til å variere mellom de forskjellige terapiområdene. Årsaken til at disse tre begrepene er så viktige kan være det økende presset på salg i bransjen noe som har ført til en kynisme som informantene mine hevder er, og har vært, førende innenfor bransjen:

Marcus= Hvordan har utviklingen vært i bransjen vært? (mer kynisme? Lang og korte trekk)

Legemiddelkonsulenten = Kynismen som har vært er der helt klart enda, den er kanskje litt verre også enda mer tøff nå enn hva det var før. Det er mye mer fokus på salg. På grunn av alle press områdene. Man har en sjef i et annet land som sier at Norge skal gjøre sånn og sånn, gjør ikke Norge det så må vi begynne å omorganisere eller noe. Da setter det press på alle, det setter press på hele den norske organisasjonen.

Det kommer tydelig frem at internasjonaliseringen av bransjen har skapt et mye større press på den norske delen av bransjen og dette har ført med seg omorganiseringer. Dette har også skapt et behov for å tenke kynisk for å fremme og til slutt selge sine preparater som er verre enn hvordan det før under «Texas-tiden» ifølge legemiddelkonsulenten. På bakgrunn av dette så var spørsmålet om direkte markedsføring mot allmenheten et hett tema under intervjuene:

Marcus= Hva med markedsføring mot allmennheten da?

Legemiddelkonsulenten= Allmennheten?! Jeg tror allmennheten har blitt mye flinkere til å «google» og bruke nettet på en helt annen måte enn hva man gjorde før og hvis de vil vite noe om et preparat så finner de alltid ut om det. Man kan se litt annerledes på det. Man kan tenke seg Paracet og Ibux som ikke er RX-preparater og der kan de få masse reklame, men det er jo kjente preparater. De andre, ja jeg vet ikke helt men jeg tror det er litt vanskelig å forstå nytteverdien av den reklamene på RX-preparater. Jeg tror det kommer litt an på hvilke områder man prater om. (...) Når man da begynner å prate om ulike former for prevensjon, om det er p-piller, p-stav, hormonspiral eller hva det nå enn er, så er kanskje ikke selve merket av stor betydning det er heller selve måten du bruker prevensjonen på som har større betydning. Når man kommer inn på det mest brukte som er pillene, så kan man kanskje nyanser, men der skal man ha tungen rett i munnen og du som en mann i gata hvordan skal du klare det? Du skal skrive det på en slik måte at det er forståelig og det tror jeg blir veldig vanskelig uten å farge de på en helt feil måte. Jeg tror ikke de har forutsetningen til å kunne skille mellom preparatene.

Her fortelles det først om en mer opplyst allmenhet på grunn av de teknologiske fremskrittene vi har opplevd de senere år, at pasienter gjør grundigere undersøkelser av ulike preparater og bieffekter av disse. Dette stemmer godt overens med det Tjora & Sandaunet (2010:16) omtaler som et av totalt tre utviklingstrekk som ligger til grunn for ulike pasienttyper, involvering. Involvering handler om at pasienter gjennom ulike teknologier tar større ansvar over egen sykdomssituasjon, som for eksempel ved bruk av internett der pasientene kan undersøke forhold rundt en gitt sykdom. En av legemiddelkonsulentene poengterer at kjente legemidler som Ibux og Paracet har markedsføringstillatelse, man samtidig er disse kjente legemidler som de fleste vet effekten av. Nytteverdien av direkte markedsføring av andre RX-preparater mot allmenheten beskrives som mulig problematisk på bakgrunn av kompleksiteten og antall preparater som eksisterer, det vil rett og slett bli for vanskelig å sette seg inn i all informasjonen og forstå den. Samtidig ser man et potensiale innenfor enkelte terapiområder som for eksempel prevensjon og da ikke spesifikt for produkter, men for ulike typer av prevensjon. En av de tidligere legemiddelkonsulentene er også enig i dette:

Jeg er faktisk ikke sikker på hva jeg synes om dette. Det ville jo vært meget gunstig for oss når vi snakker om prevensjon i det hele tatt det å kunne gå direkte til brukeren, men hvor mye glede brukeren ville hatt av det er jeg usikker på. Nå tenker jeg mer som en vanlig person, det ville kanskje vært mer forvirrende for brukeren enn opplysende. Jeg tror legemiddelindustrien ville tjent mer penger på det, og det er jo derfor man jobber for å få til dette også. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Det kommer tydelig frem at dette kan være gunstig når vi snakker om prevensjon, men argumentet om hvor stor nytte man egentlig ville hatt av en slik ordning trer frem. Industrien ville muligens

dratt større nytte av dette enn hva forbrukeren ville ha gjort og derfor vil dette være problematisk. To av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene støtter opp om dette, det vil ikke være kompetanse nok til å dra nytte av slik direkte markedsføring imot allmenheten. En av legemiddelkonsulentene bemerker likevel et viktig poeng: «(...) Det jeg ikke synes er riktig er at man ikke skal kunne lage gode informasjonsbrosjyrer om et produkt til allmenheten når man først har fått resept på et produkt, det er nesten umulig å komme med siden det regnes som markedsføring». På grunn av at lovgivningen er slik den er blir nettverk og nettverkbygning en meget viktig faktor for å oppnå suksess innenfor bransjen:

Marcus =Hvor viktig er nettverk og nettverksdannelse for suksess innenfor bransjen?

Legemiddelkonsulenten= Det har jo alt å si. Det har jo det. Nettopp på grunn av at man ikke kan reklamere om legemidler til mann i gata, det ville jo vært helt absurd, man har ikke ville forstått det. Så tror jeg det at det ligger en styrke i at de legene som klarer å ha et nyansert forhold, som klarer å ta kloke beslutninger på vegne av pasienten og ikke noe annet, de sitter jo igjen med veldig my god kompetanse innenfor ulike medikamenter. Det handler jo også om at de må være åpne og kunne se på det profesjonelt samt få tilgang til studier og annet materiell som holder deres kunnskap «up to date».

Dette sitatet viser at på grunn av mangel på andre måter å markedsføre sine produkter på blir nettverket (her i form av leger) viktig for å gjøre sitt produkt kjent og dermed videre distribuert. Legene på sin side opplever at markedsføringen rettet mot de til tid heller kan være litt påtrengende eller i største laget noe ganger som en av legene forteller: «(...) Vi får masse, og da mener jeg virkelig masse, reklame fra industrien og dette kan være alt fra skriv til penner eller alskens duppeditter. Vi har nå fått en egen hylle på legesentret der vi samler opp alt som kommer fra de og den bare vokser og vokser». De to andre legene snakker også om lignende tilstander. Det er tydelig at industrien ønsker å bruke den markedsføring de har lov til å bruke, men det virker som at legene finner det unødig eller som noe overdrevet. Derimot virker relasjonene i nettverket å være viktig for å lykkes:

Nettverk er absolutt en viktig faktor for å lykkes innenfor bransjen. Det har til alle tider, i alle fall så lenge jeg har vært i bransjen, kanskje vært det noe av det viktigste. Både på et nivå som produktsjef der man bygde nettverk rundt sykehusene og på konsulentnivå der man bygde nettverk med spesialistene og allmennpraktikerne. (Tidligere legemiddelkonsulent)

På et produktsjefnivå dro en av legemiddelinformantene nytte av sitt nettverk rundt sykehusene og gjorde det mulig å komme lettere til for å få møter der. Som vi skal se i kapittel 5.3 så er dette

en meget viktig del av jobben. På konsulentnivå forenkler nettverket muligheten til å få møter på legesentrene. Grunnen til at dette kan forklares gjennom det en av legemiddelkonsulentene forteller: «Jeg er sikker på at hvis man har et bredt nettverk der du er anerkjent og har en bred kontaktflate vil du ha flere møter og dermed forhåpentligvis større salg». Dette poenget understrekes ytterligere av en av de andre legemiddelkonsulentene: «(...) Når jeg jobber med testosteron jobbet jeg som feltproduksjef og da hadde jeg en håndfull urologer og det var takket være de at testosteronmarkedet til mitt selskap ble så stort som det ble». Disse tre eksemplene er kun et lite utdrag av omtalelsene av hvor viktig nettverk er ifølge informantene, men poenget er det samme: nettverk er svært viktig for å lykkes som legemiddelkonsulent. Et begrep som er tett knyttet opp til nettverk i denne sammenheng er konkurranse. Konkurransen mellom firmaene i industrien ser ut til å variere i stor grad mellom de ulike terapiområdene:

Jeg kan tenke meg presset er høyere for de som jobber hjerte-kar, blodtrykk og statiner, det er veldig mange på markedet. Jeg har aldri følt noe fiendtlig i det hele tatt, vi var veldig opptatt av å få tak i materiell husker jeg. Så vi hadde våre leger både her og der som samlet inn for oss, så fikk han en flaske vin og jeg en bunke med konkurrentens materiell. Så kunne vi gå inn å se hva de pushet på, men de pushet jo på akkurat det samme som oss så det er jo egentlig helt fjoll. (...) vi var veldig på tall, veldig målstyrt, så vi fulgte kurvene hele tiden. Håpte på at konkurrentene ikke skulle få noen blåresepter, at indikasjonene ikke ble godkjent dette året for da kunne vi tjene mere penger dette året før deres ble godkjent. Ja, det er beinhard konkurranse men det er ikke noe spesiell rivalisering menneskene. (Legemiddelkonsulenten)

Her fortelles det om et større press på terapiområde hjerte-kar, blodtrykk og statiner på det grunnlag at det er mange på markedet, men selv om det er stor konkurranse følte ikke legemiddelkonsulenten noen form for fiendtlighet til andre selskaper som jobbet innenfor samme terapiområde. Allikevel var man veldig opptatt av det de andre selskapene drev med for å kunne ta større biter av markedet. Disse uttalelsene støttes av samtlige av legemiddelkonsulenter, men årsakene til hvorfor det er slik er litt varierende som en av de tidligere legemiddelkonsulentene forteller: «Det er sterk kniving innenfor de ulike terapiområdene og særlige innenfor de store som hjerte-kar, astma og gastro. Det er der markedene er størst og det er der man kan tjene mest penger, på de mindre er det ikke like stor konkurranse». Det som den tidligere legemiddelkonsulenten forteller støttes av en av de nåværende legemiddelkonsulentene og den andre av de tidligere legemiddelkonsulentene, og som vi skal se av samtlige av legeinformanter:

Marcus= Ser du noen forskjell på terapiområdene?

Lege = De store terapiområdene er det helt klart mest trykk på og det særlig hjerte/kar. Ser vi på antibiotika for eksempel så har vi nesten aldri, om ikke aldri, besøk fra noen som vil snakke om det. Grunnen til dette er helt klar: det er for lite «gode» kunder. Man står ikke lengre enn en 14-dagers tid på antibiotika og så trenger man det ikke mer, mens for eksempel kolesterolpreparater kan man stå på alt fra man er 40 til man er 80 år eller hvor gamle man måtte bli. Så da har man 40 år der man kan tjene penger, for det er jo helt klart at det er slik industrien tenker.

Fortjenestegrunnlag brukes her som forklaring på hvorfor hjerte-kar ser ut til å være det dominerende terapiområdet. Dette stemmer godt overens med det vi skal se i kapittel 5.2, der flere av mine informanter forteller om en bransje som i stor grad er kapitalstyrt eller har en kapitaldrevet tankegang. Hvis man er i en slik tankegang er det forståelig at man satser tyngre på preparater som en pasient kan stå lenge på (som for eksempel kolesterolsenkende) fremfor preparater som man kun står på i kortere tidsperioder (som for eksempel antibiotika).

5.1.3 Reguleringer og bedriftskultur

Som tidligere vist gjennom henvisninger til loven (helsepersonelloven og legemiddeloven) så er farmasøytisk industri en tungt regulert industri noe, som også legemiddelkonsulentene er opptatt av:

Marcus= Hvordan er forholdet føler du utviklingen innenfor industrien har vært? (i antall, bransjen utad osv)

Legemiddelkonsulenten= Mer ryddighet i bransjen har det blitt. Det har kanskje bikket over litt, for hva er det som er spennende og attraktivt i jobben? Tilgangen har blitt mindre, det å komme til har blitt vanskelig siden det er så regulert. Jeg synes det har vært et skifte fra Texas til det bedre, mye bedre ryddighet, men det har bikket litt over altså, slik at det har blitt overregulert. Da tenker jeg spesielt på kongressreiser og det med etterutdanning av helsepersonell, men også det med en del markedsføringsprinsipper som jeg synes er litt drøye, for det som skjer da er at det er andre som til slutt avgjør hvor, hva og hvem medisinen skal befinne seg i systemet. En ting er at legene sitter på diagnosene og har den biten klar, men leger er også avhengige av oss.

Reguleringen av bransjen har ført til en større ryddighet ifølge en av legemiddelkonsulentene, men den har også ført til at man har mindre tilgang noe som gjøre jobben mindre attraktiv og spennende for vedkommende. Det snakkes her om en «overregulering» fordi tilgangen på markedet (leger) har blitt i større grad regulert og det gjør omstendighetene vanskeligere for konsulentene. Legemiddelkonsulenten snakker her om et bånd mellom legene og legemiddelkonsulentene, en form for avhengighet for å få tilgang til kunnskap om nye preparater for legene mens legemiddelkonsulenten er avhengig av å selge de preparatene. En av de

legemiddelkonsulentene understreker at bransjen har blitt mer regulert samtidig som det kan virke som at det ikke er kun loven som er med på å regulere:

Vi har en så streng policy innad i bedriftene at alt har blitt mye strengere. Alt settes mye høyere krav til. Jeg har opplevd at vi har så strenge regler på det vi kan gjøre og hva vi ikke kan gjøre, og det har blitt 10 ganger så strengt som det var før. For hvis jeg skal ut med noe så må jeg gjennom en stor prosess for å komme ut med det. Det er mange her som skal godkjenne det. Så det har blitt mye strengere på alt vi gjør. Måten vi jobber på er mye mer regulert. (Legemiddelkonsulenten)

Prosess, forskning, markedsføring, nettverk og konkurransen ser alle ut til å være preget av reguleringene noe som skaper mye strengere rammer for arbeidet som legemiddelkonsulenten utfører. Selv om det er strengt regulert og man har tydelige rammer bemerker en av de tidligere legemiddelkonsulentene at det forekommer brudd på lovverket: «Daværende leder i LMI¹⁸ fortalte meg engang at vi idømmer firma 10.000 kroner i bot, men det er kun et par minutters inntjening for de, det svir ikke nok for de». Det er tydelig at kontrollorganet (i dette tilfellet LMI) ikke har gode nok sanksjonsmuligheter til å straffe de som bryter reglementet på en tilfredsstillende måte. For slik det fremstår virker det mere lønnsomt å bryte reglementet enn hva det er å ikke gjøre det. Så selv om bransjen virker å være mer regulert og ryddig foregår det fortsatt brudd på både internt og eksternt lovverk. Utformingen av legemiddelkonsulenter starter tidlig når man blir ansatt i et firma og en av de tidligere legemiddelkonsulentene beskriver denne prosessen som en form for elitedyrking:

Det jeg synes var verst med dette, som jeg ikke var forberedt på, at det var en del store møter der alle var samlet der det var premiering og sånt. Den beste selgeren fikk jo lov til å kjøre rundt i en BMW z3, det er ganske urovekkende og da ser man hvilke midler man bruker for å gjøre deg god. Er det dette som skal gjøre deg god? Samtidig så trykket man opp en bok med alles navn og aktiviteter i kurver, vi fikk altså en grafisk fremstilling av hvor mange besøk du hadde hatt. Hver dag, hver uke og hver måned ble fremstilt. Man ble regelrett printet og jeg hadde jo jobbet i en måned så jeg skjønnte ikke helt hvordan man skulle gjøre dette, så jeg hadde null på den kurven. Så jeg ble da fremstilt som den null kandidaten, det var helt sykt hvordan de fremstilte oss på den måten, og sånt liker ikke jeg i det hele tatt. Veldig elitedyrking. Tenk deg hva de brukte på sånt da. Bare se for deg hvor mye det koster med den bilen og det skal liksom gi deg selvtillit, men det gir jo ingen verdens ting. Så det er ikke rart man barsket seg når man fløy rundt med gode lønninger og kjørte rundt i en sånn sportsbil, der det var bare plass til deg og en til. Så var den knall blå. (Tidligere legemiddelkonsulent)

¹⁸ LMI er bransjeforeningen for legemiddelindustrien i Norge, med 58 medlemmesbedrifter. Foreningen består av både norske og utenlandske farmasøytiske firmaer (LMI, 2011).

Det er tydelig at man skulle inn i en bestemt bedriftskultur der gode resultater i form av salg var noe som særlig var i fokus. At selskapene ønsker en slik bedriftskultur understreker hvor viktig og høyt man setter «return on investment» prinsippet som tidligere er omtalt i kapittel 5.1.1, spesielt med tanke på ressursbruken som i dette tilfellet er gjeldene. Som vi skal se i neste kapittel som henger mye av denne bedriftskulturen og måten å tenke på som tatt opp i dette kapitlet sammen med strategier og tiltak for å få solgt mest mulig av sine preparater.

5.2 Den farmasøytiske industriens påvirkningskraft

Som vi har sett gjennom kapittel 2.4 finnes det mange som er skeptiske til måten farmasøytisk industri jobber på (Goldacre, 2012; Dumit, 2012; Moynihan & Cassels, 2005). Gjennom mine intervju ble det stilt en del spørsmål om hvilken rolle farmasøytisk industri har i dagens samfunn og hvordan det jobbes i industrien for å selge flere medisiner. I dette kapitlet vil jeg presentere noen av svarene jeg fikk og til slutt illustrere med et eksempel hentet fra blåreseptnemndas møterefater.

5.2.1 «Texas» -tiden og frem til i dag

Samtlige av mine informanter var i større eller mindre grad enige i at industrien hadde en uheldig rolle i hvordan man forsøker å selge mer medisin, selv om alle var enige i at industriens arbeid er meget viktig. Som en av legeinformantene forteller:

Det er ingen tvil om at de er en viktig del av hele helsemaskineriet. De lager jo medisinen vi bruker og hadde de stoppet med det hadde det vært krise, det sier seg selv. De står også for mye av forskingen, selv om det kanskje skjer på feil grunnlag. Med dette mener jeg at det skjer jo ikke i den interesse, i alle fall ikke i første omgang, av å bedre mange menneskers liv, det handler jo om å tjene mest mulig penger. Så de får muligens en nøkkelrolle som ikke er ønskelig fra noen andre enn deres hold. Det er vel ikke helt feil å snakke om en slags legemiddelfirmaavhengighet her. (Lege)

Legen viser her at legenes forhold til farmasøytisk industri både oppleves som noe nødvendig og noe som kan være problematisk. Dette med legemiddelfirmaavhengighet er noe som er omtalt tidligere i litteraturen og dette utsagnet stemmer godt overens med Straand & Myhrs (2002) funn. Det at farmasøytisk industri skaper et avhengighetsforhold for legene gjennom at fagligoppdatering ikke kommer gjennom produsentnøytrale kilder kan være problematisk og førende for legene (Straand & Myhr, 2002). Det positive i dette sitatet er at lege A her er klar over denne effekten industrien har og dermed til en viss grad kan gjøre reflekterte valg når det kommer til hvor mye vedkommende skal vektlegge informasjonen som kommer fra industrien. Det finnes en skepsis i befolkningen også og deres generelle oppfatning av industrien skissere veldig godt

gjennom det en av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene fortalte meg:

Marcus: Hvordan tror du folk oppfatter industrien?

Legemiddelkonsulenten = De tror det er snuskete fortsatt. De tror legene blir kjøpt og betalt vi spanderer og kaster kortet i baren, veldig mange tror det fortsatt. Jeg synes det blir helt feil, det var kanskje slik for 20 år siden men ikke nå. Det er ikke sånn lengre. Når jeg prøver å forklare hvor regulert det er blir folk veldig overrasket. For de skjønner ikke hvor regulert det egentlig er.

Denne mistilliten til industrien var noe som alle mine legekonsulent informanter var veldig opptatt av og det var tydelig at det formet måten de forholdte seg til jobben sin på i andre sosiale omstendigheter på fritiden. Den tidligere legemiddelkonsulenten unnlater til og med i det hele tatt å snakke om at vedkommende jobbet i industrien grunnet mye dårlig kunnskap blant individer utenfor industrien. Det problemet legemiddelkonsulenten tar opp henger sammen med utviklingen vi har sett i bransjen de siste 20-30 årene med internasjonalisering og en sterkere regulering av bransjen som fortsatt ifølge vedkommende preger folksoppfatning av bransjen.

Jeg referer nå til min far som jobbet barnemedisin som et større selskap skulle lansere. De var jo på Røros på lanseringen til et antibiotika som skulle brukes på barn. Det var et stort møte, der legemidelfirma leide et fly, chartret fly fra Fornebu til Røros, fylte opp med leger og koner. De kom på Røros Hotell og der sto det en flakse whisky og en flaske konjakk på hvert rom, og en vinkjøler med champagne, og en haug med bonger som kunne brukes i baren. Det lå på rommet, når de kom! Og vet du hva? Sånn går ikke lengre, men den delen av det var helt ukontrollert. Altså, ukontrollert, mange hadde jo en samvittighet som ikke drev slik, men det var på en måte det som knyttet legene til produktet og til personen som solgte produktet, ikke sant? (Legemiddelkonsulenten)

På bakgrunn av det legemiddelkonsulenten forteller meg er det ikke så veldig vanskelig å forstå at det kan eksistere slike antagelser i befolkningen som en av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene forteller om, og som vi skal se er samtidige informanter enige om at denne måte industrien opptredde på før har eksistert og at det er og var et problem industrien må jobbe med. Slike turer som legemiddelkonsulenten forteller om, med omtrent fri flyt av drikke, er ikke noe som er akseptert i dag, men det skisserer ganske godt på hvordan selskapene i industrien drev før i tiden. Flere av informantene omtalte denne tiden som «texas-tiden» der penger og midler for å få solgt sine produkter satt løst. Denne måten industrien opptrådte på er begge de tidligere legemiddelkonsulentene og en av de nåværende legemiddelkonsulentene enige om at industrien må stå for selv, men som av annen av

legemiddelkonsulentene påpeker var muligens flere aktører som er delskyldige i å drive denne trenden:

I begynnelsen når jeg jobbet så dro vi ofte på kongresser og da var det ikke uvanlig at legene hadde med seg ledsageren sin, og vi betalte for det. Når vi var ute og reiste opplevde jeg ofte press fra legene som forventet at vi stilte og betalte alt for dem, noen var ganske pågående også for å få alt mulig og for å være med på turen i første omgang. (Legemiddelkonsulenten).

Det viser seg at legene også spilte en rolle i å frembringe sponsete turer og det eksisterte en forventning om at alt på disse turene skulle være gratis. Det er ingen tvil om at hvis dette tilbudet ikke hadde eksistert fra starten av så ville heller ikke legene krevd slike turer og sponsering. Så å gi skylden til legene for dette behovet blir suspekt, men at de delvis var med på å opprettholde denne trenden kan muligens være tilfellet ut ifra hva legemiddelkonsulentene fortalte meg. Det kan selvfølgelig også være en slags forsvarsmekanisme eller et slags forsøk på å legitimere måten industrien opptrådte på, men jeg ser ingen grunn til at situasjonen som legemiddelkonsulenten beskrev for meg var usann. Konsekvensen av denne måten å drive på fra industriens side førte til en periode i industriens historie som en av legemiddelkonsulentene omtaler på følgende måte: «Det var mye «dirty-business» ja, helt klart. Da snakker vi særlig om 70-80 tallet og muligens tidlig 90-tallet». Dette er gjenstand for mange historier om ville turer med leger der alt var dekket og ordnet fra de selskapene som de reiste på tur med:

Eneste jeg følte var «texas» var det rett etter jeg ble ansatt i et nytt selskap og da jobbet jeg med hjerte-kar, da synes jeg det var «texas». Jeg var jo på en kardiologikonferanse i Nice, kjempestor kongress. Der ble det festet til langt på natt og de ringte opp fra resepsjonen om at det var noen leger som hadde satt fyr på en sofa, også hadde de prøvd å slokke det med vodka. Var ikke spesielt lurt. Legene mente at det var vi, altså mitt firma, som skulle betale. Så der måtte vi sette ned foten og si nei. Det var de faktisk litt fornærmet for da, jeg synes i den kardiologisektoren så var det ganske mye «texas», men det var ikke slik innenfor de andre områdene jeg har jobbet med. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Dette sitatet illustrerer godt hvordan legers forventninger til det firmaet de reiste på tur med krasjet med hvordan firmaet mente turene skulle være. Dette ser vi godt når legene ble fornærmet for at firmaet ikke ville betale for de ville herjingene de hadde utført. Et annet viktig moment som den tidligere legemiddelkonsulenten her tar opp er det med at tilstandene var spesielt «texas» innenfor terapiområdet som omhandler hjerte- og karmedisin. Det finnes flere ulike forklaringer på hvorfor det var slik, forklaringen til en av legene virker oppklarende: «Ser vi for eksempel på antibiotika, som har bruks område på 14-dager minus noen unntak, så kan jeg ikke huske så lenge jeg har

jobbet som lege at vi har hatt besøk av noen konsulenter som vil prate om de produktene». Hjerte- og karsykdommer har ofte mye lengre behandlingstid enn hva andre sykdommer har så det vil derfor være mye mer lønnsomt for de ulike firmaene å jobbe for å få større markedsandeler innenfor dette området istedenfor for eksempel antibiotika terapiområdet. Når behandlingstiden for sykdommer som man trenger antibiotika for er så kort som den er vil det da heller ikke være så lønnsomt for de ulike firmaene å satse hardt på det terapiområdet og dermed vil det heller ikke bli mye kniving på dette området og omvendt mye kniving på hjerte- og kar terapiområdet fordi det er mye penger å hente på medisinen som selges her. En pasient kan stå på slike medisiner fra 40-50 år og livet ut, det vil gi en lang profittperiode for produktene. Det er mulig dette høres rått ut, men som jeg tidligere har vist gjennom sitater fra informantene så er industrien nødvendigvis slik profitt- og kapitalstyrt. Ifølge mine informanter må man heller ikke tro at det eksisterer firma som kjører på kanten til det som er etisk forsvarlig: «Det som er 100% sikkert med dagens bransje er at de sitter og spekulerer på hvor nært opp til eller over grensen man kan gå og slippe unn med det (...) var en viktig virksomhet for firmaene og jeg tror ikke det har forandret seg mye den siste tiden heller» (Tidligere legemiddelkonsulent). Samme legemiddelkonsulent begrunner sitt utsagn med et eksempel som vedkommende selv var involvert i:

Jeg jobbet jo først og fremst med kvinnehelse og hormonprodukter, med mange legemiddelkonsulenter rundt om i landet. Norge gjorde det meget bra, og vi hadde rundt 75 % av prevensjonsmarkedet, da var vi nesten enerådende i landet. Mange av konkurrenten hadde nesten lagt ned prevensjonsbiten. Så lanserte vi en ny p-pille som het Yasmin som er tre ganger så dyr som den største p-pillen på markedet som vi også hadde som het Trionetta. Yasmin gikk jo høyt i taket vi solgte mye mer enn hva alle andre land gjorde per capita og vi gjorde det strålende. Argumentet var da at Yasmin gir mindre vann i kroppen så man har mindre vektøkning. Det var jo bra på en måte slik at kvinner som vanligvis ikke ville brukt prevensjon gjorde det, samtidig så økte forbruket av p-piller på godt og vondt, men mest på godt for hindre uønsket graviditet. Men så bestemte plutselig mitt firma seg for at vi skulle være et forsøksland og avregistrerte Trionetta i Norge, vi var på et møte i Stockholm der det ble presentert av sjefene i Berlin og sjefen min i Norge syntes dette var helt fantastisk. Jeg protesterte med alt jeg hadde, og gjorde meg kanskje ikke så populær, men jeg sa at det som ville skje er at vi for det første kommer til å miste den troverdigheten vi har blant gynekologene og de er viktige i markedsføringen av produktene våre. For det andre kommer vi til og vekke konkurrentene. Sjefene sa bare: nei da, det kommer ikke til skje. Men det var akkurat det som skjedde. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Dette eksemplet viser for det første hvor fort bransjen kan snu fra å være nesten enerådende innenfor et terapiområde til å være omtrent helt utkonkurrert av terapiområdet. Det forteller også noe om forholdet mellom den norske delen av firma, regionale hovedkontor (Sverige) og

moderselskapet (Tyskland). Selv om sjefen for det gjeldene terapiområdet (den tidligere legemiddelkonsulenten) i det landet som forsøket skal finne sted (Norge) protesterer høylytt ble altså vedkommende overkjørt og det får den konsekvens av at man mister markedsandelen man har bygd opp. Det sier noe om hvordan maktrelasjonen fungerer mellom disse tre aktørene og i dette tilfellet virker det å være moderselskapet som har størst makt når det kommer til stykket. Noe som kan være litt alarmerende og som gir indikasjoner på at industrien muligens operer med litt «dirty business» fortsatt kan illustreres med bakgrunn i det en av de tidligere legemiddelkonsulentene forteller meg i fortsettelsen av dette eksempelet:

Det er også uetisk for det er en del studier som sier at hvis du bytter p-piller så har du, selv om du har stått p p-piller før, større sjanse for å få blodpropp. Så rent teoretisk kunne vi drepe unge jenter med den prosessen vi gjorde. Det var heller ikke mange som protesterte, bortsett fra meg og gynekologene. Vi hadde jo gynekologer i firma også, men jeg synes det var faglig uforsvarlig og man gjorde det kun for å tjene penger. Målet var jo å overføre de Trionetta-brukerne til Yasmin. Jeg synes det var en fryktelig fæl sak, og dette er jo bare det lille jeg vet. (Tidligere legemiddelkonsulent).

Avregistreringen av Trionetta hadde den intensjon i å få disse brukeren over på Yasmin samtidig som at dette firma var fullstendig klar over hvilke konsekvenser dette kunne ha for disse jentene som skulle gjøre så. Vi ser her at det å tjener penger virker og være viktigere enn pasientenes sikkerhet. Man kan heller ikke anta at dette er enestående tilfeller med tanke på hva legemiddelkonsulentene forteller meg om hvordan bransjen tenker i denne delens første kapittel. Dette støtter også en av de andre legemiddelkonsulentene opp om: «Noen firma kjører fortsatt på grensene til de etiske kjørereglene, det er forskjeller på de forskjellige firmaene og man har de sorte fårene fortsatt fordi man ser smutthull i regelverket». En av de tidligere legemiddelkonsulentene vil trekke det så langt å si at firmaene ikke er interessert i pasientene:

M= jeg er ute etter å høre om hvordan ansvarsfølelsen er i bransjen, hvordan man behandler og tenker man ansvar?

Tidligere legemiddelkonsulent= Jeg tror vi kan si at vi sier at vi tenker på pasienten, nå snakker jeg om firmaene altså, men de gjør de ikke, de tenker på pengene. De fleste som jobber i legemiddelindustrien føler på et ansvar tror jeg, og det er vondt når man blir presentert bivirkninger på preparatet ditt, det er ikke noe morsomt det er egentlig bare leit, men som regel er jo bivirkninger en del av hele pakken. (...) Det er jo klart at det er ingen legemiddelfirma som ønsker seg bivirkninger for det er jo kjempe dårlig reklame, det går jo på lommeboken vår ikke sant.

Selv om intensjonen bak muligens ikke er helt etisk korrekt virker det til at siden dårlig produkt er dårlig reklame så blir fokus på det å ha gode produkter med lite bivirkninger noe som er viktig

for firmaene og på den måten settes pasientene i fokus. Det er også verdt å bemerke seg at det kan virke som at ansvarsfølelsen er større blant de som jobber i industrien enn hva det er fra firmaenes side, skal vi tro den tidligere legemiddelkonsulenten.

5.2.2 Industriens påvirkningsstrategier og lobbyvirksomhet

Som vi har sett i kapittelet over har det skjedd en endring i industriens «texas» -tid, men at «dirty business» og svært grove brudd på god etikk fortsatt forekommer. Det er tydelig at den tiden hvor man spanderte «all-inclusive» turer på legen er over, så hvordan går industrien nå frem for å fremme sine produkter?

Som jeg tidligere har vist har industriens omfang i form av antall legemiddelkonsulenter krympet betraktelig over en lengre periode. Årsaken til dette kan være mange, men det å anta at kostnadseffektivitet spiller inn holder jeg ikke for å være usannsynlig. Uansett hvilken årsak det har får dette en konsekvens for industrien, man må finne nye og mer effektive måter å få solgt sine produkter på. Dette kan både være nye strategier i konsulentarbeidet rettet mot leger eller det kan være, som vi skal se, strategier går inn for å påvirke beslutningstakere og media. Denne påvirkningsprosessen begynner allerede ved ansettelsen av legemiddelkonsulenter:

Tidligere legemiddelkonsulent= Så når jeg så det andre jeg skulle jobbe med på det Imigran-teamet så merket jeg veldig fort at jeg skulle bli formet inn i den setningen med blonde damer. Super sterke smarte damer altså, og de har kommet langt i dag. Så det er ikke den type blond, men vi så like ute alle sammen. Vi ble kjørt inn i måten å snakke på, i salgsteknikk og kjempestore møter, som kanskje var litt så Halleluja-møter med masse farger og ballonger, kule reklame filmer, det var egentlig ganske heftig sånn sett.

Marcus= Du nevnte det med at du gikk inn i en gruppe med mange blonde damer på høye hæler, tror du det er bevist i ansettelsesprosessen fra firma sin side?

Tidligere legemiddelkonsulent= Ja, det er helt klart. Man søker etter slike, men de må også være høyt kvalifiserte. Så det er jo begge deler. Det er ett eller annet med de unge damene som, i den alderen hvor de fortsatt er opptatt av hvordan de ser ut, har en sterk selvtillit, men heller dårlig selvfølelse og det er derfor flere av de knekker etter hvert. Selvtilliten er kjempe barsk, fordi de er skjønne og pene, også har de knekt koden på skolen så de har fått bra resultater. De har en makt i det systemet som kan være litt «breath-taking» for mange. Jeg er usikker på i hvor stor grad de påvirker med utseendet sitt, for de aller fleste av legene skjønner det når man kommer inn og det kan jo hende at de bare nyter godt av at du kommer også. Men jeg må innrømme at noen leger er korte også, som fullt ut utnytter det.

Her forteller den tidligere legemiddelkonsulenten om en bevist strategi fra det selskapet vedkommende jobbet i der påvirkningsstrategi var noe som tydeligvis var i fokus allerede ved

ansettelse. Det å ansette unge blonde smarte damer som i tillegg er ressurssterke gjennom at de har gjort det godt på skolen høres muligens ikke ut som det dumt valg generelt sett for å styrke kompetanse, men som vi ser gjennom det den tidligere legemiddelkonsulenten forteller oss er dette et bevist valg gjort for å forsøke å påvirke legene. Det er tydelig at dette skulle passe inn i en setting gjennom måten de skulle opptre å snakke på og dette tyder på et ganske sterkt apparat rundt de som har en klar tanke på både med hvordan disse skulle være og se ut. Ønsket ved en slik strategi er vel å skaffe seg en slags makt i konsulentenes møte med legene for å påvirke de i størst mulig grad i retning av deres produkt fremover konkurrentens. Man skal ikke fremstille legene som enkle og lettpåvirkelig i denne sammenheng. Det er likevel viktig å merke seg det den tidligere legemiddelkonsulenten bemerker til slutt, leger er også mennesker og som vedkommende opplevde så kan de også være ganske korte i sin tankegang. Selv om industrien bruker slike måter å påvirke på så er dette ikke den mest benyttete strategien fra industrien og selskapene, ifølge min informanter. Beslutningstakere, opinionsledere, key-opinionleaders, policymakers, medicalinformation officers og lobbyister nevnes av alle mine legemiddelinformanter som påvirkningskanaler som industrien benytter seg av den dag i dag. Hvordan selskapene kunne jobbe for å påvirke forteller en av de tidligere legemiddelkonsulentene oss:

Det handler om å skaffe informasjon om hvem som er beslutningstakere og hvem som er påvirkere. Så da lagde vi et slags kart over det også segmenterte vi helt ned på enkelt nivå av hvem vi mente vi kunne gå inn og påvirke, hvordan media skulle brukes for å påvirke og dette ble også satt mer i system når vi fikk vår egen kommunikasjonsrådgiver som jobbet ut planene sammen med oss ut i fagmiljøene. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Måten de jobbet på fremstår meget målrettet og profesjonelt, man går nøye til verks for å undersøke hvem man kan påvirke. Sitatet viser også at det ikke er så lett som å bare bestemme seg for å påvirke og så gjøre det, man må også finne hvem man skal påvirke. Det ble enda mer satt i system når man i tillegg har en egen kommunikasjonsrådgiver i firma som jobbet med konsulentene for å finne veier man kunne gå for å påvirke. Et slikt samarbeid mellom legemiddelkonsulenten og kommunikasjonsrådgiveren må gi gode kunnskaper og innsikt i hvordan man skal gå frem for å påvirke ute i felten. En av legemiddelkonsulentene bekreftet at det er slik det jobbes innen bransjen:

Det er klart at det vil komme ut en lekkasje når det er en viktig høring som er på vei, da skal de endre en lov eller det skal gjøres noe opp imot statsbudsjettet. Da hender det seg at man leier inn en lobbyist eller en fra et pr-byrå som går inn og sjekker ut litt

hva som foregår og basert på det lager man en slags plan, og det var sånn «halvoffentlig». (Legemiddelkonsulenten)

Legemiddelkonsulenten bekrefter at jobb med hvordan man skal påvirke også foregår på et høyere nivå. Lobbyister på stortinget vil kunne gi viktig informasjon om hvem man skal påvirke i systemet, hva slags endringer som eventuelt skal skje på statsbudsjettet og hvilke høringer eller lover som står for tur. Dermed kan de ulike selskapene i industrien jobbe aktivt for å påvirke resultatet av det som foregår på stortinget. Legemiddelkonsulenten beskriver denne aktiviteten som «halvoffentlig» noe som kan tolkes på mange måter. I denne setningen ser jeg det som noe som foregikk i diskresjon, altså noe som skal foregå i dels stillhet og derfor tolker jeg det som noe man ikke ønsker skal komme frem. Årsaken til dette kan både være i hensyn til konkurrenter for å skaffe seg et konkurransefortrinn og det faktum at dette kan anses for å spille på grensen til det etiske. Som vi skal se foregikk ikke denne påvirkningsstrategien kun mot leger eller stortingsrepresentanter, offentligheten er også utsatt for den gjennom media:

Det var en i Norge og en i Sverige som jobbet veldig hardt der, og etter hvert var det jo å bruke TV2 som media, God Morgen Norge er et godt eksempel der man betaler folk for å sitte og prate om ting og tang som for eksempel «jeg fikk blodpropp mens jeg gikk på Marevan, men så bytte jeg til Xarelto og har et så mye bedre liv og aldri i verden om jeg vil bytte tilbake.» Det sitter man på God Morgen Norge og prater om, så sykdomshistorier er prima vera. Man kjøper artikler i ViMenn, Hjemmet, Allers og det er den samme gruppen som jobber med det. (Legemiddelkonsulenten)

Legemiddelkonsulenten forteller oss her om en annen strategi der media brukes av selskapene i industrien for å selge inn gode historier om sine produkter. Dette med gode sykdomshistorier fremstår som meget viktig når man skal forsøke å påvirke beslutningstakerne som av en de tidligere legemiddelkonsulentene forteller: «Jeg har også vært med på en del av disse møtene til First House, de har sånne frokostmøter der eliten møtes og der ble jeg invitert en gang (...) det var jo daværende helseminister som fortalte meg hvordan man skulle skrive gode historier for å påvirke». Så at slike historier er viktig for å få solgt inn sine produkter virker å være noe industrien er klar over og bruker for det dette er verdt. Media ser også ut til å være en bevist aktør i dette spillet, spesielt når en av legemiddelkonsulentene omtaler det som å kjøpe artikler i ulike ukeblader. En av de tidligere legemiddelkonsulentene støtter opp om disse påstandene:

Det er ganske mange av de helseoppslagene i Dagbladet som blir plantet gjennom legemiddelindustrien for de trenger fokus på terapiområdet. Vi hadde jo flere saker om testosteron hvor vi fikk en av ekspertene våre og så fikk vi Dagbladet til å skrive en sak generelt om testosteron om at du må gå til legen din for å sjekke prostata og testosteronnivået ditt osv. Da visste jeg det og hadde tre-fire preparater og da er det

veldig stor sjanse for at du får ett av mine preparater når du går der ifra hvis du har symptomer eller har positive prøvesvar. Så vi planter informasjon, og det gjøres hele tiden. De kan godt si at de ikke gjør det, men det gjøres. Det kan jeg si med 100 % for jeg har sittet og gjort det selv. Da selger man inn terapiområdet sitt og det er vanskeligere når man jobber med statiner for det er et hav av medisiner, da er det ikke sikkert at den strategien er like god. Har man et marked der man er enerådende og du har gode preparater så er det alfa omega. Alle jobber slik. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Legemiddelkonsulenten forteller at mange av helseoppslagene vi finner i en av landets største aviser er plantet av farmasøytiske selskaper for å skape mer fokus på et spesielt terapiområde for igjen å selge mere av sine preparater. Siden det er forbudt med direkte markedsføring på preparater så får de sine spesialister til å skrive saker som handler generelt om en sykdom det spesifikke selskapet har preparater for behandling på. Markedsandelen ser ut til å avgjøre om dette er en god strategi eller ikke, men slik det fremstår så virker det som bevisst skittent spill fra selskapene i industriens side. En av legemiddelinformantene og en av de tidligere legemiddelinformantene støtter også opp om at dette er noe industrien driver aktivt med nettopp fordi det hjelper. Særlig effektivt fremstår det å ansette spesialister i firma som en av de tidligere legemiddelkonsulentene forteller: «Det er klart det er en del lobbyvirksomhet i bransjen. Man får spesialister til å lobbe for seg innad i legemiddelverket». Ekspertene har en annen makt ovenfor både media og myndighetene som gjør at det som de kommer med fremstår som mere legitimt enn hva det ville gjort hvis det kun kom fra et legemiddelselskap. Derfor kan det virke som at det å ansette legespesialister i firma er en bevist god strategi fra selskapene i industrien sin side.

5.2.3 Blåreseptnemnda – et eksempel

Som vi har sett i de to foregående delkapitlene (og som vi vil se i neste kapitlet) så jobbes det mye i industrien med å påvirke leger, befolkningen og de som bestemmer over hvilke legemidler som skal komme på markedet. Ulike strategier og tilnærminger brukes, men det er særlig det som handler om å få sitt legemiddel inn med refusjon i form av blåresept som virker å være det store for et hvert firma ifølge mine informanter:

Marcus= så det er slik å forstå at det er meget populært for et hvert legemiddelfirma å få medisinene sine over på blåresept?

Tidligere legemiddelkonsulent= ja, helt klart! Blåresept er der du kan ha høyere pris på legemidlet ditt og det er der du kan tjene de store pengene. Det er rett og slett alfa omega! Det er klart at Norge har også vært meget restriktive her.

Blåresept er gullfuglen i bransjen, det er det man vil ha. Derfor har det de siste årene blitt et mye større fokus på det som kalles «public-affairs» i legemiddelfirmaene. For de er inne politisk hele tiden og pusher. De som mener at man bare jobber med å gjøre samfunnet til et bedre sted har vel egentlig bæsja litt på leggen. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Som det fremgår av utsagnene fra begge de tidligere legemiddelkonsulentene så virker det å få et legemiddel på blåresept som noe som er meget verdifullt for ethvert firma. Naturlig nok så er det slik at det er noe bransjen jobber med på grunn av store inntjeningsmuligheter noe som den tidligere legemiddelkonsulenten understreker. Årsaken til at det er mye penger å hente her vil være at staten dekker som kjent en del av kostanden ved medisinen og dermed kan det firmaet som har preparatet skru opp prisen. Samtidig er også blåresept medisiner noe man kan bruke fast over lengre tid, noe som gjøre det enda mer lønnsomt for bedrifter med slike preparater. Dette er årsaken til at man kan omtale blåresept som selve «gullfuglen» i bransjen. Samtidig som det ligger en potensiell stor inntjeningsmulighet i en blåresept, så vil det ligge en potensiell stabilitet i det å ha et legemiddel inn på blåreseptlista på grunn av at det gjør noe med forskrivningsmuligheten for leger: «det vil i varierende grad være viktig, men det er klart når det er snakk om en refusjon på et legemiddel så vil det være veldig viktig. Det er en svært viktig bit spesielt når det har med reseptskrivning å gjøre. Det er litt sånn make or break for hvor stor suksess et legemiddel blir.» (Legemiddelkonsulenten). Legemiddelkonsulenten går så langt at vedkommende omtaler det som «make or break» for om hvor stor suksess legemidlet blir, dette viser hvor viktig dette med blåresept er for firmaene i industrien. I forbindelse med disse utsagnene fra legemiddelkonsulentene ble jeg oppmerksom på en sak i blåreseptnemnda fra 2011 der habiliteten til daværende leder ble diskutert (Dagens Medisin, 2011). Saken handler om at daværende leder (Bjarne Robberstad) sto på lønnslisten til et av verdens største farmasøytiske firma samtidig som vedkommende satt som leder for nemnda. Sitatene jeg bruker videre her er hentet fra møtoreferater og særmerknader til referatene fra blåreseptnemnda i tidsperioden 11.02.2011-30.05.12:

Den nåværende lederen for Blåreseptnemnda har siden 2009 hatt samarbeidsrelasjoner som i nemndsammenheng utgjør en interessekonflikt med et av verdens største farmasøytiske selskaper, GlaxoSmithKline (GSK). Under behandlingen av refusjon for HPV-vaksinen Gardasil® i Blåreseptnemnda 10.03.10 erklærte han seg habil til å delta i behandlingen av søknaden. Gardasil® er produsert av Sanofi Pasteur MSD, som på dette tidspunktet hadde en konkurrent; GSK-produktet Cervarix®. I Dagens Medisin 19.05.11 er lederen sitert som følger: ”Jeg ønsker selvfølgelig ikke å være med og behandle saker fra dette firmaet (altså GSK; min kommentar) eller saker som omhandler direkte konkurrerende medikamenter – det skulle bare mangle. Det samme forventer jeg fra alle medlemmene i

Blåreseptnemnda.....”. Slike diskrepanser mellom handling og ord etterlater uklarhet om hvordan habilitetsspørsmål håndteres i nemnda. (Særmerknad til Møtereferat blåreseptnemnda 18/11-11)

Her omtales altså en leder som siden 2009 har hatt et samarbeid med et av verdens største farmasøytiske firma samtidig som vedkommende ledet det organet som skal være rådgiver i hvilke medisiner som skal få refusjonsmulighet gjennom blåresept. Selv om leder, som var i et samarbeid med GlaxoSmithKline (GSK), ikke i dette tilfellet var med på å behandle en sak om et preparat som GSK var direkte innblandet i så var det middelet som var i behandling en direkte konkurrent til GSKs tilsvarende middel. Som denne særmerknad også påpeker, virker dette å være en interessekonflikt som kan ha store konsekvenser for nemndas troverdighet:

Lars Slørdal mener på prinsipielt grunnlag at en binding som den nemndas leder har til GSK kan skade nemndas generelle omdømme og funksjonsdyktighet. Dette begrunnes bl.a. med at

- det mottatte beløpet, kr. 100.000,-, er uakseptabelt høyt.
- GSK er en av de største kommersielle aktørene på legemiddelfeltet og har en omfattende produktportefølje. Lederens habilitetsforhold kan derfor begrense nemndas arbeidsfelt.
- ledelsen i nemnda, sammen med SLV, forbereder i praksis agenda og arbeid i nemnda. Lederens habilitetsforhold kan derfor påvirke hvilke søknader som legges fram for nemnda.
- en entydig forskningslitteratur viser at denne type interessekonflikter har en tydelig, dreierende og uheldig effekt på de beslutningene som fattes. (Møtereferat blåreseptnemnda, 12/05-2011).

Det som Slørdal her påpeker er at konsekvensen ved leders binding til GSK vil både begrense og skade nemndas funksjonalitet og troverdighet. Det er klart 100.000 kroner er et stort beløp og at antall produkter som GSK har vil gjøre det vanskelig å være habil i mange saker der produkter som kan være konkurrenter til GSK er innblandet. Med tanke på GSKs omfattende produktportefølje vil dette være et betydelig antall av de sakene som nemnda behandler. At lederen også er med på å avgjøre hvilke søknader som skal tas opp i nemnda, med tanke på leders bindinger, fremstår som meget problematisk. Slørdal bemerker videre at lederen også har utlatt viktig informasjon: «Det er ellers verdt å merke seg at opplysninger om lederens interessekonflikter i form av forbindelse med GSK først er blitt offentliggjort gjennom publisering av nemndmedlemmenes «egenerklæringsskjema for vurdering av habilitet» den 22.03.11, dvs. snart halvveis inn i nemndas toårige funksjonstid (Særmerknad møtereferat blåreseptnemnda). Dette tilfellet fremstår alvorlig, som sitatene viser, men hvor alvorlig medlemmene (minus Slørdal) og lederen tok det er det heller tvil om som et av møtereferatene viser:

I referatet av sak 2011/6 ("Møteevaluering og eventuelt"), som av ledelsen i nemnda først ble foreslått unndratt offentlighet, står det at nemnda ønsket å følge opp diskusjonen og konkludere i forhold til sak 2011/2. Det var ikke innmeldt noen sak til "Eventuelt" fram til kl. 15 møtedagen. Saken kunne derfor ikke lovlig behandles. Det refereres her til at alle medlemmer av nemnda tok til etterretning "legemiddelverket og HODs entydige konklusjoner om at leder er habil, og hadde samstemmig tillit til leder." Det framgår ikke om lederen fratradte under denne delen av møtet. Hvis han ikke fratradte, er dette i tillegg lovstridig saksbehandling, jfr. forvaltningsloven § 8 ("avgjørelse av habilitetsspørsmålet"). Saken om leders habilitet er viktig, både prinsipielt og praktisk, og må fremmes på ordinær måte, for samlet nemnd og med fratreden av lederen; ikke som uanmeldt "eventuelt"-sak. (Særmerknad møtereferat blåreseptnemnda 11/02-11)

Bjarne Robberstad bekreftet i møtet at han satt med i behandlingen av saken om egen habilitet den 10.02.2011, noe som betyr at saken ble ulovlig behandlet. (Møtereferat blåreseptnemnda18/11-2011)

Slik det fremstår i dette tilfellet ble forholdet rundt leders habilitet ikke sett på som en sak verdig for dagsorden og kun overlatt til «eventuelt». Derfor ble saken tatt opp under lovstridige omstendigheter siden den ikke var innmeldt og man konkluderte med at man skulle ta legemiddelverket og HODs (Helse og omsorgsdepartementet) konklusjon om at lederen var habil uten noen videre diskusjon. Robberstad fratradte ikke fra møtet om egen habilitet, noe som gjør at saken ble ulovlig behandlet. Robberstad var med på å behandle egen habilitet og man kan spørre seg om Robberstad er habil til å behandle om han selv er habil eller ei:

Det ble ytterligere understreket at åpenhet om egen potensiell interessekonflikt i enkelte saker er avgjørende for at befolkningen kan ha tillit til nemndas arbeid. Klemp minnet om at Robberstad selv har opplyst om en potensiell interessekonflikt i saker som angår GlaxoSmithKline (GSK), og han har erklært seg inhabil i saker som berører GSK direkte eller indirekte. Medlemmene mente at det er prinsipielt viktig at Robberstad avstår fra behandling av saker hvor det kan være en potensiell interessekonflikt. Medlemmene ble oppfordret til å ta aktiv stilling til sin habilitet så snart det er klart hvilke saker som skal behandles i Blåreseptnemnda, slik at varamedlemmer kan kalles inn ved eventuell inhabilitet hos de faste medlemmene. Mindretallet, Slørdal, understreket at hans prinsipielle standpunkt er at bindinger av denne karakter fører til generell inhabilitet. (Møtereferat blåreseptnemnda, 30/05-2012)

Når det kommer til spørsmål om habilitet så er det opp til Robberstad å vurdere dette selv, mens han får betalt fra GSK. Det Slørdal ønsker å understreke her er at dette kan føre til at Robberstad er inhabil på et generelt nivå på grunn av sine bindinger. Dette «tillitssystemet» virker som en prinsipielt god ordning, men Slørdal bemerker at dette ikke fungerer som det skal. Det vil være lett for Robberstad å erklære seg selv habil hvis han ønsker å handle fordelaktig i favør av GSK,

det er ikke dermed sagt at det er slik det er. Slørdal understreker, som (Slørdal, Eggen & Rygnestad, 2012) også viser, at en entydig forskningslitteratur viser at en slik type interessekonflikt har en tydelig, dreierende og uheldig effekt på de beslutningen som fattes.

5.3 Farmasøytisk industri og leger

Igjennom kapittel 2.3 har vi sett flere eksempler på hvordan interaksjon foregår mellom leger og legemiddelkonsulentene (Christensen & Strand, 2008; Straand & Myhr, 2008). Leger er meget viktig for legemiddelkonsulentene fordi det er de som er deres primærkilde når man skal få solgt et legemiddel inn i markedet. Derfor blir det naturligvis en stor del av samtalene jeg hadde både med legemiddelkonsulentene og legene. Hvordan det jobbes fra legemiddelindustriens side opp imot leger, hva leger tenker rundt måten industrien jobber på og hvilke konsekvenser denne interaksjonen har er omstendigheter som blir undersøkt i dette kapitlet.

5.3.1 Legemiddelkonsulenten hos leger

Hvor lang tid legemiddelkonsulentene får, hvordan de velger å disponere sin tid og deres kunnskapsnivå ser ut til å variere veldig ifølge min informanter. Det som ser ut til å prege omstendigheten rundt legemiddelkonsulentbesøk hos legene er at det foregår i lunsjen og at legemiddelkonsulenten bringer med lunsj til møtet:

Marcus= Kan du kort beskrive et typisk besøk fra en legemiddelkonsulent?

Legen = Oppgjennom tiden har det variert veldig hvor mange møter vi har brukt å hatt. Kunnskapsnivået blant de konsulentene som har vært innom oppgjennom årene har også variert veldig, men mitt inntrykk av konsulentene i nyere tid er at de har blitt bedre. Det finnes ingen spesielle kategorier av de. De er like forskjellige som personer flest. Når de er her får de gjerne 10 minutter av lunsjen vår til å komme med sitt budskap mot at de bringer lunsj. Lunsjen er deres inngang hit.

Dette inntrykket som legen har av hvordan legemiddelkonsulentene fremstår og tidsomfang av besøket deles av begge de andre legene. En av de andre legene bemerker også at det hender seg at møtene kan vare opp til 20 minutter på grunn av engasjement fra lege sin side, både positivt og negativt. Lunsjen fremstår som et viktig element for at møtene kommer i stand, legen kan også forteller at det forekomme at legemiddelkonsulent ikke møter opp og dette skaper mye frustrasjon for legene fordi de har basert lunsjen sin på at legemiddelkonsulenten medbringer dette. Dette bilde av hvordan et legemiddelkonsulentbesøk foregår deles også av de fleste legemiddelkonsulentene og de tidligere legemiddelkonsulentene:

Marcus=Hvordan foregår et typisk besøk hos legene?

Legemiddelkonsulent= Veldig typisk var at jeg stopper innom et bakeri og tar med meg bagetter eller rundstykker, for man er jo catering-agent samtidig, og bærer inn med begge armer. Jeg hadde flippover på den tiden og nå har man Ipad, så man bar jo seg i hjel når man kom inn. Det verste var jo når det satt masse pasienter i venterommet, det synes jeg var litt pinlig for de skjønnte jo at det var noe som foregikk. Så var det inn og veldig ofte kommer man inn på spiserommet og så er alle forsinket. Så sitter man der og venter da, småsnakker med legesekretærene. Etter hvert kommer legene og hvis det er flere leger er det veldig sjeldent at alle kommer samtidig. Jeg kartla ofte behovet før legene kom, fordi jeg snakket med de som jobbet der, hva trengs av kunnskap her. Da får jeg vite litt om hva legene forskriver og bygger meg opp tillit. Så er det litt andre ting som for eksempel hvor fin klokke du har og litt den greia for å bli varm i trøya. Så kommer legene, og i og med at jeg har kartlagt litt, og da er jeg rask til å komme til målet hvor jeg spør litt om hva som er behovet.

Legemiddelkonsulenten betegner seg som en catering-agent samtidig som vedkommende er legemiddelkonsulent, noe som vedkommende finner litt sjenerende i forhold til pasienter som befinner seg på legesenteret. Det er tydelig at slike besøk er preget av tidspress og travle omstendigheter så derfor blir gode forberedelser både før man ankommer og mens man er på legesenteret en viktig jobb for legemiddelkonsulenten. Hvor mye tid man får er legemiddelkonsulentene litt uenige om. To av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene anslår at man får omtrent 10 minutter i snitt, mens den andre av de tidligere legemiddelkonsulentene de to andre legemiddelkonsulentene hevder at det handler i realiteten mer om 15-20 minutter samt småsamtaler med spesielt interessert leger i etterkant. Det alle er enige i er at man handler i hektiske omstendigheter der leger og sekretærer kommer og går i løpet av møtet, samt at kartlegging av behovet for kunnskap er meget viktig for å kunne holde gode og presise møter. I de senere år, sett i forbindelse med reduksjonen av antall legemiddelkonsulenter, har intensiviteten til å ha slike møter sunket fra industrien kan en av legemiddelkonsulentene forteller:

(...) det har blitt litt annerledes og man gjør ting litt annerledes nå enn før, spesielt de siste årene jeg var der. Da husker jeg at vi hadde et krav om at man skulle ha åtte besøk hver dag. Hvis man da har, hvorav fire er dropp-inn og fire er møter, da kjører man mye. Du har dine handelsområder, jeg husker jo et av de største selskapene kunne ha 20 selger bare i Oslo. Det var storhetstiden, men de måtte jo gå ned på det fordi det ikke var så lønnsomt. Da var det sånn at man kunne ha to dropp-inn kanskje på et sykehjem da du levert noe du hadde lovet sist også dro man innom en fastlege i nærheten med brosjyrer. Så hadde man kanskje et morgenmøte et eller annet sted i nærheten, så hadde man et lunsjmøte. Så var det ett eller to ettermiddagsmøter, gjerne på et legesenter med forskjellige leger. På slutten av dagen kjørte man innom et par steder til og leverte diverse studier eller lignende. (Legemiddelkonsulenten)

Hverdagen til en legemiddelkonsulent var tydelig preget av at firmaene i industrien krevde mange legebesøk, før man i industrien etter hvert fant ut at dette ikke var så lønnsomt som man kanskje trodde. Møtehverdagen til en konsulent fremstår som meget hektisk og dette måtte også skapt et voldsomt press for å få arrangert så mange møter. Når alle legemiddelkonsulentene skulle ha så mange møter nådde det til slutt et slags «metningspunkt» for legene hevder en av legene: «Jeg husker før når det fortsatt var mange konsulenter der ute, vi kunne ha hatt møter hver dag hele året. Jeg tror jeg har kunnet spist middag ute omtrent hver kveld hele uken hvis jeg hadde ønsket det, men til slutt ble vi bare lei av alle henvendelsene». Denne store pågangen fra industrien førte etter hvert til at legene ble mer restriktive på besøk fra industrien hevder en av de tidligere legemiddelkonsulentene:

Det forstår jeg godt også, for det ble etter hvert for mange av oss, og ikke alle var like forberedt og dyktige, det ble etter hvert en del terping på gamle produkter som legene ikke hadde behov for. Så det skjønner jeg godt, og de store legesentrene tok kanskje imot en gang i uken eller to ganger i uken, og når de visste at det var 50 forskjellige legemiddelfirma med mange forskjellige linjer og velge mellom, som skulle besøke de samme legene, så sier det seg selv at det må skje ett eller annet. Så satte noen restriksjoner på at det måtte være et nytt produkt eller en ny diagnose, eller andre ting for ta inn legemiddelkonsulentene. Så det er også kanskje en grunn til at det har blitt mindre legemiddelkonsulenter, man kan ikke ansette 10 stykker for ha fire møter i uka. Det var også noe som moderfirma ikke skjønnte, at legemiddelkonsulentene hadde så få møter, men det var rett og slett for at vi ikke fikk flere møter. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Etter hvert virker det, basert på det den tidligere legemiddelkonsulenten forteller, som at det rett og slett ble for mange legemiddelkonsulenter og preparater av samme type i forhold til hvor mange leger og hvor mye tid legene hadde til at dette møtesystemet industrien hadde lagt opp til kunne fungere. Hvor nyttig møtene ble når det etter hvert ble snakk om terping og presentasjon av relativt like preparater kan man også spørre seg. Restriksjonen som legene og legesentrene satt med, at det måtte være nye preparater eller en ny diagnose, virker derfor fornuftig. Denne utviklingen støttes av tre av de nåværende legemiddelkonsulentene der alle forteller om at de ikke har behov for noen spesiell form for policy lengre på grunn av at pågangen fra industrien har vært mye mindre de siste årene. Målet om flest mulige besøk har også formet salgsteknikkene til legemiddelkonsulentene:

Når man er på et legemiddelkonsulentbesøk så avhenger det veldig mye av møtetype. Noen leger vil jo bare ha det som handler om nye ting og lukker døren hvis det bare er repetisjon, noe er fortsettelse på en studie vi snakket om ved sist møte og det er bevisst salgsteknikker. Hvis jeg og du har en samtale, men så har jeg egentlig studiene

i baggen, når vi begynner å komme inn på den så ser jeg at jeg har litt dårlig tid så setter jeg bare opp en avtale senere eller så kommer jeg bare innom neste uke med studien. Selv om jeg vet jeg har den, men jeg får enda et besøk. Det er sånn man teller besøkene. Det er normale salgsteknikker som man har på alle type salg. Noen reiste jeg bare til for å snakke med de, det gjorde jeg egentlig mest for å være tilstede. Det gjør jo litt slik at man viser at de er litt mer betydningsfulle enn bare komme å si produkt. Da kan jeg spørre om hvordan det har gått siden sist og da snakket vi om en pasient. Alt var veldig case-relatert. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Legemiddelkonsulentens krav om flest mulige møter preger altså hvordan man velger å legge opp besøkene hos legene. Har man mulighet til å finne en årsak til å komme tilbake senere gjør man det, selv om man har mulighet til å avslutte eller oppklare det gjeldene møte man har. Tilstedeværelse og kontinuitet virker å være viktige relasjonelle verktøy for salg og påvirkning for forskrivningen til legene. Som Christensen & Straand (2008) også påpeker hevder mange av legene at de ikke blir påvirket av slike salgsteknikker, men studien viser at det skaper uheldige effekter for forskrivningen i form av at nye medisiner blir oftere forskrevet og at informasjonen rundt preparatene ofte kan være mangelfulle:

Marcus= Har du noen gang opplevd at konsulentene prøver å lure deg eller unnlater å gi deg rett informasjon eller mangelfull informasjon i den intensjon at du skal forskrive deres medisin?

Legen= Vet ikke om de direkte prøver å lure oss på noen måte, men som jeg nevnte i sta, så utelater de bivirkninger i noen grad. Også prøver de helt klart å sende oss i bestemte retninger. Jeg har et eksempel der en konsulent kom for å selge piller som skulle hjelpe eldre som hadde gått ned i vekt fordi han mente de manglet så mye proteiner da. Konsulenten ville at vi skulle ha dette helt fremst i hode med engang en eldre person kom inn og hadde mistet en del vekt, da ble det oppstandelse. Det med proteinmangel har vi helt bakerst i hode når sånt skjer, og slik må det være, vi tenker mye heller på kreft eller andre alvorlige sykdommer som kan føre med seg utmagring. Så det er jo klart det påvirker hvis man ikke er bevisst, hadde jeg vært stresset og det hadde kommet en slik pasient ville det vært lett å tenkt på han konsulenten med proteinpillene. Så det er vel ingen tvil om at man blir påvirket, dog i forskjellig grad avhengig av hvor bevisst man er.

Legen påpeker her at det er lett å bli påvirket hvis man ikke er bevisst på at man forsøkes påvirket av legemiddelkonsulenten. Ifølge Straand & Myhr (2002) er akkurat dette med at man ikke er bevisst på at påvirkningen finner sted en av symptomene på at man er legemiddelfirmaavhengig. Samtlige av mine legeinformanter hevdet selv at de ikke var legemiddelfirmaavhengig, men på spørsmål om de trodde andre kolleger var sterkt påvirket svarte samtlige at de trodde så. Dette påpeker en ambivalens i hva man tenker rundt påvirkning, tror man at man selv ikke er påvirket, men at andre er det kan man stille spørsmål rundt påliteligheten rundt svarene man får. Det er vel

ingen som ønsker å fortelle at man er påvirket av den farmasøytiske industrien, for dette vil gjøre noe med troverdigheten til deres posisjon som leger. Lege A forteller her uansett om et nyansert syn på hvordan legemiddelkonsulentene jobber og at det kan være lett å la seg påvirke av det budskapet som konsulentene kommer med. En annen av legene påpekte også at man må være bevisst på at legemiddelkonsulenter er selgere og derfor må man være bevisst på at de ønsker å snakke veldig varmt om sine produkter for å selge mest mulig og dermed kan ofte viktige bivirkninger ved preparatene bli utelatt som lege A nevner i dette sitatet. En annen av legene mente at legene også bør være så oppegående at man burde skjønne at bivirkninger blir utelatt og at det var legenes plikt og videre undersøke om det legemiddelkonsulentene presenterte var valid. Det fremkommer at legenes syn på legemiddelkonsulentene og den informasjon som kommer fra de varierer og dette er også legemiddelkonsulentenes syn på legene:

Marcus= Hvordan oppfatter du legers rolle i denne sammenhengen? (lett påvirkelig, yrkesstolthet, tilbøyelig?) Er det variasjon mellom leger, og eventuelt ulike kategorier eller typer?

Legemiddelkonsulentene= Jeg vil egentlig dele det i to, og det kan både være unge og gamle i begge gruppene: det er de jeg velger å kalle for innovatørene som synes det er spennende og som er åpne for nye tanker og ideer, det er ikke sikkert de skriver ut medisinen men de er veldig åpne for dette. Og så har du de andre som har en motstand mot forandring, rutinerytterne pleier jeg å kalle de. Det kan være veldig mye bra med rutinerytterne, for de vet hva som fungerer og de er trygge på det og de ser ikke noe behov for annet fordi de ser det fungerer. Mens innovatørene mener at det som ikke er der er bra nok, eller de synes alltid det er spennende med noe nytt, men derfra til å skrive ut er ikke alltid like greit. De kan godt bruke litt tid innovatørene også, men man får en mye bedre dialog også får man diskutert, noe som jeg oppfatter som veldig viktig.

Man snakker her om to typer leger der den ene er veldig åpen for nye medisiner og den andre typen som er mer konservativ og ønsker å stå på eldre medisiner man har store kunnskaper om. En av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene deler også legemiddelkonsulentens observasjon av legene, mens de to legemiddelkonsulenter ikke ser noen særlige inndelinger og hevder at det er mange ulike typer leger og dermed vanskelig å kategorisere. Legetypene henger nøye sammen med tilbøyeligheten i forskrivningen av medisinen som vi skal se nærmere på i neste delkapittel.

5.3.2 Tilbøyelighet i forskrivningen og kongressreiser

Som påpekt i det foregående kapitlet så er legene veldig opptatt av de ikke selv ikke blir påvirket av industrien i stor grad, men at de hevder at flere av deres kolleger blir påvirket:

Personlig vil jeg si at jeg ikke blir påvirket av industrien, jeg har vært med for lenge i dette «gamet» til å la meg lure av legemiddelkonsulentene. For meg er det viktig å ikke la meg påvirke også fordi det gjør noe med min autoritet hvis jeg skal tro på alt som sies og presenteres for meg. Det vil helt klart være verre for en yngre lege som ikke har den samme erfaringen, da er det lett å la seg rive med tror jeg. Jeg har også gjort meg noen tanker om mine kolleger, ikke bare her på sentret, men også andre her i byen. Jeg tror flere er mer påvirket enn hva de selv tror, dette gjelder både de mer ferske legene og eldre leger. Det virker rett og slett som om man tror at hvis man er positiv til industrien får man noen fordeler eller noe lignende. (Legen)

Som tidligere nevnt så er det et vesentlig poeng at legene forteller at de selv ikke blir påvirket, mens de samtidig hevder at flere av deres kolleger blir det. Erfaring fremstår som viktig i forbindelse med hvor lett man lar seg påvirke av legemiddelkonsulenten og det budskap vedkommende kommer med. Legen kobler erfaringen sammen med kunnskap som grunnlag til å være kritisk til legemiddelkonsulentens uttalelser og hevder derfor at det kan være lettere å bli påvirket hvis man er fersk lege selv om også eldre leger kan være lett påvirkelige. En av de andre legene omtaler sitt forhold til industrien på følgende måte «Vi er helt klart nøytrale. Vi er helt uavhengige av de, mulig de tror annet men slik er ikke tilfellet». Slike bastante uttrykk og fornektelser av industriens påvirkningskraft er et symptom på det Straand & Myhr (2002) omtaler som legemiddelfirmaavhengighet. For hvis man ikke erkjenner at industrien har en slags påvirkningskraft, bevisst eller ubevisst, er man muligens utsatt for en slik type avhengighet. Legemiddelkonsulentene har i motsetning til legene større tro på at de har en stor påvirkningskraft gjennom sine møter med legene:

Marcus= Hvis du skal beskrive leger generelt, hvordan synes du de var? Lett påvirkelige? Yrkesstolthet?

Legemiddelkonsulenten= Noen var veldig lett påvirkelige. Jeg husker spesielt at når jeg jobbet i et firma så merket jeg det veldig fort, for dette firma er en av de fire store og der merket jeg fort at legene tilsynelatende hvert fall virket lett påvirkelige, for de ville veldig gjerne bli invitert på disse utenlandsturene, festene, kurs og arrangementer. De betalte jo ikke noe for det (...) da ble det underholdning i tillegg og det var lov, så da merket jeg fort at det var en del leger som var veldig lette på si «jeg bare skriver sånn, altså produktet vårt, og er det nytt? Gi meg noen prøver av det så skal jeg teste på neste pasient for jeg har noen pasienter som kommer og skal ha det og det». Årsaken til dette tror jeg var fordi jeg jobbet i et stort firma.

Legekonsulenten mener her det motsatte av hva legene mener, noen leger virker å være lett påvirkelige og årsaken til dette virker å være at man ønsker å holde seg inn med de største selskapene. Dette synet deles også av de to tidligere legemiddelkonsulentene. En av de tidligere legemiddelkonsulentene forteller om dette på følgende måte: «Den gang var det, og jeg kan tenke

meg at mange leger ikke vil svare bekreftende på dette, leger som bare skrev produkter til et spesielt firma fordi at de hadde flest utenlandsturer rettet mot allmennpraktikere. Dette er jeg temmelig sikker på». Tilbøyeligheten i forskrivningen blant leger virker altså å være et noe mer nyansert enn hva legene selv omtaler det som, selv om en av legene bemerket at noen leger er mer påvirket av industrien enn hva de selv vil hevde. Noe annet som påvirker forskrivningstilbøyeligheten som både legemiddelkonsulentene og legene hevder er forskrivningspraksisen på de store regionale sykehusene:

Så har man jo områder i Norge som foretrekker konkurrentens produkter fremover alt annet, fordi på det regionale sykehuset bruker de det produktet. Da forskriver alle allmennleger i det distriktet det produktet. Det er veldig vanskelig å få de til å bytte, og da er det enda mer vanskelig å banke på dører. (Legemiddelkonsulenten)

Regionale sykehus ser ut til å fungere som kunnskapskilde for leger i distriktene rundt sykehuset. Årsaken til at det fungerer på denne måten er at leger bruker større regionale sykehus som referanse når man vurderer å ta i bruk nye legemidler og hvis man allerede har tatt i bruk det preparatet på det sykehuset virker det å være mer legitimt for legen å også ta i bruk preparatet: «Så jeg foretrekker at andre prøver ut legemidlene før jeg selv tar de i bruk og jeg bruker regionale sykehus som en slags guideline. Det er også slik at jeg ofte er i dialog med kolleger og får høre deres erfaringer med det legemidlet det måtte gjelde» (Legen). Begge de to andre legene kan fortelle at det er slik, men at man også er klar over at det å få med seg et regionalt sykehus er noe industrien ettertrakter og derfor må man også ta det i betraktning. Et godt eksempel på hvordan dette fungere i praksis er hvordan en av legemiddelkonsulentene brukte et knippe urologer for å ta nesten hele testosteron markedet i Norge gjennom å få med seg de største sykehusene i Norge som nevnt i kapittel 5.1.2. I sammenheng med forskrivningstilbøyeligheten blant leger er kongressreiser og innstramninger i regelverket rundt dette et het tema både blant legemiddelkonsulentene og legene, en av de tidligere legemiddelkonsulentene beskriver her hvordan disse reisene fungerte, at kuttene og begrensningen som har funnet sted har skapt utfordringer for både legemiddelkonsulentene og legen samt hvorfor vedkommende mener det var en viktig del av jobben og legers faglige påfyll:

Kongressene var kjempe faglige, det vi gjorde var å invitere alt i fra hvor mye penger du har på budsjettet fra noen få til en stor gruppe med deg på en kongress. Det har vært veldig varierende hva man har fått ut av det faglig sett, men kongressene var jo suverene som regel. Ofte internasjonale med masse godt program, men det var jo også variabelt hvor mye de forskjellige legene gikk på i forhold til å dra på sightseeing i byen istedenfor. Det varierte fra leger som satt hele dagen på kongressen til de som

knapt nok var innenfor. (...) Vi arrangerte også turer med de vi hadde med oss på kongressen, vi dro til vinkjellere og vi spanderte jo middag hver dag på de vi hadde med oss, så det er klart det ble jo en god kontakt. Det var jo klart gull for oss, og de hadde det hyggelig, så det endte jo med at folk ofte gjorde ganske mye for å få bli med på disse turene. (Tidligere legemiddelkonsulent).

Kongressene presenteres her som noe som er meget attraktivt å delta på for leger, med et godt faglig opplegg i spennende omgivelser. Industrien spanderte i tillegg til selve turen også middager og turer mens de var der og konsekvensen av dette ble at det ble knyttet sterke bånd mellom legemiddelkonsulentene og legene. Relasjonen som ble skapt var meget verdifulle for legemiddelkonsulentene for man vil muligens i større grad oppleve en tilbøyelighet fra legene sin side hvis man ønsker møter i både i forkant og etterkant av en slik reise. Det var også meget populært blant leger å få delta på slike reiser og derfor gjorde de også ganske mye for å være med ifølge en av legemiddelkonsulentene. At dette kan ha påvirket forskrivningstilbøyeligheten hos leger, basert på legenes uttalelser tidligere i dette kapitlet, er ikke umulig å anta. Faglig etterutdanning er det største argumentet legemiddelkonsulentene bruker for å legitimere årsaken til at leger burde delta på slike kongressreiser:

Den delen der, med faglig oppdatering på nøytral grunn, selvfølgelig fikk jeg være med legene, men den faglige etterutdanningen som en kongress er kanskje for en ung nyutdannet lege som står sist i fondet på et sykehus for å få reise er kjempe viktig. Det er klart at mange av de ble stor forskrivere av mine produkter etter hvert, selvfølgelig, så det var jo mitt mål at de skulle bli kjent med produktet, firma og meg, også var det jobbing og oppfølging etterpå. (Legemiddelkonsulenten)

Legemiddelkonsulenten ser dette som en slags «vinn-vinn» situasjon for deres og legenes del, der legene får faglig påfyll i fine omgivelser mens legemiddelkonsulenten skaffer seg gode relasjoner til legene noe som gjør tilgangen lettere. Legemiddelkonsulenten poengterer at dette er spesielt nyttig for nyutdannede leger som jobber på sykehus fordi reisefonnet på sykehusene er ofte mye mindre enn hva det er på legesenter og private kliniker/sykehus. Dette synet støttes av en av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene, som begge hevder at savnet som en følge av innskrenkningen i loven er størst for leger ved sykehus på grunn av at fondene for reise er mye mindre på offentlige sykehus enn andre steder i helsetjenesten. Disse kongressreisene hadde tydelig en effekt på legene og som en av de tidligere legemiddelkonsulentene forteller kom vedkommende sjeldent til låste dører i etterkant av reisene til legene som hadde deltatt:

På samme måte hadde vi fantastiske turer med et firma jeg jobbet for, vi dro rundt på forskjellige vindistrikt i Frankrike så var det to timer med foredrag om morgenene, før vi dro ut i distriktene. Kjempe fine turer, og vi hadde det så trivelig. Der ble vi veldig godt kjent med de, og man fant ikke et låst kontor når man kom for å prate med de i etterkant. Jeg har faktisk opplevd at en pasient har blitt skjøvet ut av kontoret til en doktor for å ta meg inn. Det synes jeg var pinlig egentlig og det var til og med en psykiater. Jeg synes ikke det var noe skryte av, for jeg kunne godt ventet noen minutter. Jeg synes altså at myndighetene har gjort helt rett. Det er klart at jeg protesterte når jeg var i det, men jeg tror at den innstramningen som har vært i forhold til mulighetene, spesielt når farmasøytisk industri selv ikke klart å rydde opp ordentlig. Restriksjonen på kongressreiser og hele den biten der har myndigheten gjort riktig. (Tidligere legemiddelkonsulent)

Kongressreisene påvirker helt klart legemiddelkonsulentens mulighet til å komme i kontakt med leger etter reisen, gjennom at legene blir mer tilgjengelige for besøk enn hva de ville ha vært hvis man ikke hadde vært med på en slik reise. Eksemplet som den tidligere legemiddelkonsulenten forteller om her er muligens et drøyt eksempel, basert på hva de andre legemiddelkonsulentene fortalte meg, men tendensen er den samme. Man finner ingen lukkede dører etter slike turer og dette er helt klart en fordel for legemiddelkonsulentene som har i oppdrag fra sitt firma om å få til flest mulige møter. Dette skaper et bånd mellom legen og legemiddelkonsulenten som den tidligere legemiddelkonsulenten er glad for at det har blitt satt strenge restriksjoner på gjennom at man ikke har samme mulighet til å ta med seg leger på tur nå som man hadde før. Om man skal se på dette som noe utelukkende positivt eller negativt når det kommer til legenes tilgang på faglig påfyll, avhenger av hvordan turene er organisert ifølge en av de tidligere legemiddelkonsulentene:

Marcus= hva har det å si at kongressmøtene ikke er lov lengre for kunnskapen om nye legemidler for legene?

Tidligere legemiddelkonsulent= det avhenger veldig av om hvordan firmaene organiserer det, for hvis det er slik at man kun får kunnskap om et preparat vil det være problematisk, men hvis de klarer å se bredere på det vil det være mer nyttig. Firmaene har jo blitt mer handlingslammet i forhold til hvordan de kan praktisere, og legene har blitt mer nøye på hva de vil være med på også. Det er ikke gøy å være lege der de andre i fagmiljøet har mistillit til deg, for de mener du er kjøpt og betalt. Så det er jo en konflikt de også må leve med.

Er man på en kongress der man kun har fokus på et bestemt legemiddel, og ikke helt terapiområde for eksempel, vil ikke det ikke være problematisk at legene nå eventuelt i større grad går glipp av dette. Organiserer man kongressen slik at det handler om flere typer legemidler innenfor et bestemt område eller innenfor en spesiell type sykdom så vil det være et større tap for kunnskapsoppdateringen til legene. Dette har også ført til en handlingslammelse hos firmaene

som gjør at de må tenke på andre måter for å skaffe flere møter ifølge en av de tidligere legemiddelkonsulentene. Det hevdes også at det gjør noe med legenes integritet hvis man deltar på mange reiser og har mye kontakt med industrien. Dette synet støttes av to av legene som hevder at når man reiser rundt og er såkalt spesialister blir man sett ned på i kollegiale kretser. Konsekvensen av innskrenkningene i forhold til kongressreiser ifølge legene er ikke like negative som det legemiddelkonsulentene hevder:

Det som har blitt en konsekvens av dette er at det har blitt mye dyrere å delta på kursene. For industrien gikk inn og sponset kursavgiften når de deltok, så jeg tror nok kanskje at ikke like mange deltar på kursene. Kvaliteten derimot kan stige for det er ikke bare moro-turer lengre, for når man drar på legesentrets regning tror jeg at man er mer seriøs og følger med på kursingen. Som man kan på en måte si at det faglige har blitt styrket av dette. De som fortsatt får være med er de som selger medisinskutstyr og de synes jeg er greit. Alle trenger jo et operativsystem eller andre typer maskiner for å måle alt mulig. De vil jo selge sitt produkt de også, men de har på en måte ikke den samme inntjeningen på sine produkter som legemiddelindustrien har. Den samme kapitalismen ligger ikke bak. (Legen)

Det har blitt dyrere å delta på kongresser på grunn av at industrien ikke lengre er inne og sponser, men kvaliteten på kongressene har økt fordi man tar det mer seriøst når man reiser på legesentrets eller sykehusets regning og ikke industrien. Det kommer tydelig frem at man er klar over at det ligger en kapitalistisk tankegang bak intensjonen til industrien for å få med seg legene på disse kongressene, noe de også er klar over. Dette gjør noe med måten man velger å handle på når man er på kongressene på industriens regning og derfor argumenteres det for at man øker kvaliteten når man ikke har dette båndet til industrien og forhold seg til. Derfor øker også kvaliteten på kongressene når man ikke reiser med et farmasøytisk selskap ifølge en av legene. En annen av legene er også enig i at dette har økt kvaliteten på kongressene vedkommende har deltatt på uten sponning fra farmasøytisk industri: «Jeg mener at kvaliteten på de kongressene jeg har vært på etter at det ble mer strengt med kongress sponning har vært mye bedre, så slipper vi alt det utenom faglige tullet. Ikke at det ikke var moro, men det er tross alt faget vi er der for». Det er tydelig at det ikke er samme oppfattelse av viktigheten med industrisponning av kongresser mellom leger og legemiddelkonsulentene, men at det kan ha visse konsekvenser for leger på sykehus med mindre budsjetter for reising og nyutdannede leger er ikke feil å anta på bakgrunn av det både legene og legemiddelkonsulenten her forteller.

5.4 Samfunnskonsekvenser

Som nevnt er det en stabil vekst i salg av legemidler i Norge og da spesielt i reseptbelagte legemidler (Legemiddelstatistikk, 2013: 1). Mine informanter peker på mange mulige årsaker til at denne veksten finner sted, men poengterer særlig utvidelse av bruksområde for legemidler, aldrende befolkning, utvidelse av terapiområder, nye behandlingsmetoder og økt fokus på det å ha en diagnose som årsak til denne økningen. Videre i kapittel 5.4.2 belyses patenter på legemidler og kopipreparater på grunn av at dette har konsekvenser for både hvordan det er å jobbe innenfor bransjen samt at det har en konsekvens for befolkningen gjennom blant annet at kopipreparater betyr billigere legemidler for befolkningen. Til slutt belyses informantene mine sitt sin på sykdom i dagens samfunn, noe som kan være med på å forklare hvordan man tenker sykdom i bransjen som til hjelpe meg å besvare min problemstilling.

5.4.1 Årsaker til vekst i antall legemidler

Den første årsaken til vekst i antall legemidler solgt som pekes på av mine informanter er at man i industrien søker å utvide bruksområdet til eksisterende legemidler. Som vi skal se gjøres dette ved at man jobber for at et preparat som kunne ha effekter på flere sykdommer enn hva preparatet opprinnelig er utviklet for å ha:

Marcus= Diagnoser er en nødvendighet for at medisiner skal eksistere. Hvordan jobber dere opp mot diagnosene? (Da tenker jeg på prosessen der diagnosen kommer til og samarbeid med for eksempel leger)

Legemiddelkonsulenten= ja, man kan si at på andre type produkter enn legemidler er det ofte en bruksanvisning der du har slik: dette produktet brukes til det og det, det har jo vi også. Dette er en indikasjon: sånn og sånn. Man vet at det er effektivt på de og de symptomene, og man vil jo tøyse sitt legemiddel så langt det går for å dekke over mest mulige symptomer, for å få opp bruken. Både for at det gir mer penger i kasse, men ikke minst for at det gir effekt til litt flere pasienter enn kanskje akkurat en liten pasient gruppe.

Indikasjonen som et legemiddel gir på et symptom jobbes det altså med å utvide så legemiddelet skal dekke flere symptomer og dermed få et større behandlingsspekter. Jo flere symptomer et legemiddel kan behandle, desto mere penger kan et legemidelfirma hente, samtidig som at en eventuelt kan få en bedre behandling av sin sykdom. Når man snakker om å utvide bruksområdet til et legemiddel kan forskjellen mellom suksess og fiasko være liten. Legemiddelkonsulenten forteller at utvidelse av bruksområde for et legemiddel også kan være døden. Dette forklares med at hvis man utvider bruksområde for mye, eller med mangelfull dekning, kan det ha konsekvenser for effekten av legemiddelet og dermed mister legemiddelet både troverdighet og får mye negativ

oppmerksomhet. En av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene kan også fortelle om et slikt type arbeid i industrien, men begge understreker at motivasjonen for å gjøre dette først og fremst er inntjeningsmuligheter på preparater som fremstår som stadig mer pressende og vanskelig i forhold til utviklingskostnadene og patenttiden. Videre peker en av de tidligere legemiddelkonsulentene på en aldrende befolkning og at eksisterende terapiområder kan få flere medisiner for behandling av sykdommer som tidligere ikke har blitt karakterisert som sykdommer:

Marcus= Det har vært en jevn vekst i antall legemidler som finnes på markedet over en lengre periode nå, hva tror du årsaken til dette er? (Tror du folk har blitt sykere? Eller er det det fordi teknologien tillater det?)

Tidligere legemiddelkonsulent= det er sikkert mange faktorer, og den ene er vel det at vi har blitt eldre, altså befolkningen har blitt eldre. Så er det en del opplysning som gjør at folk bruker mer medikamenter, også kan jeg tenke meg at en stor del av veksten har vært i for eksempel psykiatri der det har kommet preparater som er enklere å bruke samt mer effektive for disse her mindre alvorlige psykiske lidelsene. For det er jo de lidelsene som topper sykemeldingene også, som for eksempel depresjon og lettere psykiske lidelser. Det har jo også kommet inn andre typer preparater på markedet som behandler større grupper av pasienter og man får terapihjelp for type lidelser som man kanskje ikke hadde før.

Her peker informanten på mange ulike faktorer som kan være med på å forklare den jevne veksten i antall legemidler og legemiddelbruk. For det første understrekes det at preparatene på dagens marked ofte behandler større grupper av pasienter gjennom at preparatet behandler flere symptomer som understreket i avsnittet over. For det andre snakker vedkommende om en vekst i enkelte terapiområder (psykiatrien i dette tilfellet) der flere lidelser som ikke ble sett på som lidelser før nå behandles av ulike medikamenter. For det tredje så kan aldersfordelingen i befolkningen ha en innvirkning for økt medisinforgbruk. Statistisk sentralbyrå (2010) viser at den norske befolkningen er inne i en aldringsfase der andelen eldre (67 år eller eldre) i befolkningen stadig blir større. Årsaken til at dette påvirker medikamentsalget er at en del sykdommer øker sjansen for å utvikles når man blir eldre. Videre påpeker en av legemiddelkonsulentene at behandlingsmulighetene kan være en årsak til økningen samt forteller om at denne økningen som vi ser muligens vil stabilisere seg:

Marcus= Det har vært en jevn vekst i antall legemidler som finnes på markedet over en lengre periode nå, hva tror du årsaken til dette er? (Tror du folk har blitt sykere? Eller er det det fordi teknologien tillater det?)

Legemiddelkonsulenten= Man har jo klart å forske seg frem til flere behandlingsmetoder, så det er jo derfor at det kommer stadig nye. Så får vi se om den utviklinga fortsetter, det tviler jeg på.

Marcus= Hvorfor det?

Legemiddelkonsulenten= nei, for det er vel kanskje slik at man ikke får alle produkter til Norge lengre fordi vi er så strenge på priser, som for eksempel kreftmedisiner. Vi har også hatt andre legemiddelformer som vi ikke kunne markedsføre i Norge fordi vi ikke fikk den prisen vi skulle ha. Så derfor valgte man å droppe og lansere produktene på markedet i Norge. For eksempel hadde vi et preparat som er en tablett som hjelper erektildysfunksjon. Der hadde vi en smeltetablett som man kunne legge under tunga og som virket ganske umiddelbart, men den fikk vi ikke den prisen som vi ville og derfor valgte man å ikke legge den på markedet i Norge.

Flere og nye behandlingsmetoder kan altså være med på å øke bruken av legemidler fordi dette generer flere alternativer og nye måter å behandle sykdommer som man ikke kunne gjøre på samme måte før. Samtidig forteller informanten at økningen i antall legemidler ville vært større hadde det ikke vært for at myndighetene hadde vært så strenge på prissettingen av nye legemidler i Norge. Flere preparater, blant annet en del kreftmedisiner, har ikke blitt lansert i Norge fordi firmaene ikke har fått den prisen de ønsker for preparatene. Som de fleste legemiddelkonsulentene har poengtert har man et helt annet behandlingsapparat rundt helse i dag enn hva man hadde før og en sentral del av dette apparatet er diagnosesetting:

Jeg tror det er mye mer fokus på det å få en diagnose, før hadde vi plager men ingen diagnoser og der av får du legemidler. Legene er også flinkere til å stille diagnoser og det får jo en konsekvens for at man har jo andre hjelpemidler også. Vi har MR, man har alt av blodprøver, hele det diagnostiske scenarioet er helt annerledes i dag enn det va før. (Legemiddelkonsulenten)

Teknologiske fremskritt har ført til at man nå kan behandle flere sykdommer enn hva man kunne gjøre før. Samtidig får dette den konsekvens at man velger å definere flere omstendigheter som før ikke ble sett på som sykdommer som nettopp sykdommer. Dette fører indirekte til at man senker listen for hva som skal defineres som sykdom eller ikke. Så lenge man har muligheten til å diagnostisere noe og har behandlingsmulighetene så blir det en sykdom eller en uønsket tilstand som må gjøres noe med. For å vise hvordan man i industrien jobber for å utvide bruksområde til et preparat gjennom diagnose skal vi se nærmere på et eksempel en av legemiddelkonsulentene forteller om:

Marcus= Diagnoser er en nødvendighet for at medisiner skal eksistere. Hvordan jobber dere opp mot diagnosene? (Da tenker jeg på prosessen der diagnosen kommer til og samarbeid med for eksempel leger)

Legemiddelkonsulenten= ja, man jobber for å få flere indikasjoner på preparatene. De setter jo opp studiene slik at du kan bygge på det. Et kjent blodfortynnende legemiddel startet jo med pasienter som hadde fått operert inn en kneprotese eller hofta og i den type behandling for at de ikke skal få blodpropp så derfor får de blodfortynnende en periode. Det var ofte en injeksjon man måtte sette selv i mageregionen. Så kom da disse nye preparatene der du kan ta en tablett istedenfor. Så det startet med dette, før man utvidet det til blodpropp i ben, og så gikk det til blodpropp i lungene og så gikk det til hjerneslag og til sist for hjerteinfarkt. Så dermed hadde man mange forskjellige indikasjoner. Så var det slik: hadde vi fem indikasjoner eller hadde vi syv-åtte, det er helt hvordan man deler det opp, for flere indikasjoner kan deles opp i to ikke sant? Så ja, man ønsker flere indikasjoner, men enkelte preparater stopper det opp. Altså prevensjon er prevensjon. Men så kom p-spiralen som kan stoppe blødninger, så den har fått flere indikasjoner i ettertid selv om den er kjempe gammel. Men man må ikke forvirre legene, så indikasjonen må lanseres en etter en.

Dette eksemplet illustrerer hvordan man finner flere indikasjoner på et legemiddel som opprinnelig var utviklet for å forebygge en spesiell type blodpropp. Indikasjonene gir altså mulighet til legemiddelet for å være et behandlingsalternativ innenfor andre diagnoser og på denne måten utvider man bruksområdet til legemidlet. På denne måten henger utvidelse av bruksområde og diagnose tett sammen. Når man får utvidet bruksområde til et preparat så er det også større inntjeningsmuligheter, fordi preparatet kan brukes av flere personer som har en diagnose innenfor det utvidete bruksområde til det gitte preparatet. De to tidligere legemiddelkonsulentene bekrefter også at det arbeides på denne måten for å finne indikasjoner som nevnt i eksempelet over.

5.4.2 Patenter og kopipreparater

To aspekter mine informanter gjorde meg særlig oppmerksom på gjennom intervjuene som påvirker forholdene innad i bransjen og samfunnet ellers, var det som handlet om patenter på legemidler og kopipreparater. For å forstå hvordan kopipreparater har blitt en sentral del av industrien må man forstå hvordan patenttiden for et preparat fungerer og hvilke konsekvenser patenttiden har for arbeidet innad i bransjen:

Marcus= så denne patenttiden starter med engang du starter prosessen?

Legemiddelkonsulenten= når du vil beskytte, selv om det kan ta 15 år før produktet kommer, 10-15 år før det kommer på markedet, så da har du kanskje 7-10 på å tjene inn disse milliardbeløpene som du har brukt på utviklingen og det er klart dette skaper press på alle som er involvert i utviklingen, både de som lager preparatene og vi som skal selge de.

Patent må altså tas med engang man har behov for å beskytte et produkt, selv om dette produktet er helt i starten av en utviklingsfase, og som informantene forteller i kapittel 5.1.1 er dette en lang prosess som kan ta mange år. Dette fører til at man i realiteten får en kort inntjeningsperiode, litt avhengig av hvor fort man får ferdigstilt et produkt, som presser legemiddelkonsulentene i deres arbeid. En av de andre legemiddelkonsulentene forteller samtidig at det å ta patent er en mer sammensatt sak enn hva folk flest tror:

Legemiddelkonsulenten=En patent er ikke en patent, sånn som våre p-piller har vi kanskje 10 ulike patenter på samtidig på samme produkt. Så vi har jo patent på virkestoffer, vi har patent på hvordan tablettene blir lagd, hvordan frigivningen er, hvordan den er pakket sammen. Så det er derfor veldig mange ulike patenter, så det er ikke bare en patent per legemiddel. Det er veldig innviklet, og patenttiden har gått ned den var vel på 10 år tidligere, men som sagt er det ikke i realiteten slik.

Marcus= 10 år etter produktet er ferdig fremstilt?

Legemiddelkonsulenten= ja, men i realiteten er det ikke slik lengre, den er mye kortere kanskje seks år eller noe. Veldig mye kortere inntjeningsprosess (...) dette fører til at man må jobbe og stå på i den korte tiden man har til å tjene inn produktet for å få igjen den inntjeningen. Så det gjør det rett og slett til en veldig kort prosess.

For et preparat eksisterer det altså mange patenter på alt fra innpakningen til hva slags stoffer som er i preparatet, samtidig som tiden som patentene er gyldig for er redusert. Dette skaper en situasjon for firmaene der de må tjene inn pengene de bruker på å utvikle preparatet gjennom en kortere tidsperiode. Det kan tenkes at dette har konsekvenser både for hvordan det jobbes og tenkes rundt det å faktisk utvikle nye preparater. For det første kan det gjøre at man vegrer seg for å utvikle nye produkter i det hele tatt. For det andre kan det påvirke hvilken pris legemiddelet skal ha når det først er ferdigstilt og for det tredje kan det påvirke både hvordan hvilke strategier man velger for å få solgt sine legemidler (som vist i kapittel 5.2) og det kan skape intense arbeidsforhold for legemiddelkonsulentene. Patenttiden og kopipreparatene (også kalt «me-too») henger nøye sammen, for kort patenttid gjør det mulig for kopipreparatfirma å kjøpe opp utgående patenter som viser seg å være en effektiv metode for å komme seg kjapt inn på markedet på:

Marcus= det høres ut som en ekstremt kort periode man har mulighet til å tjene inn disse beløpene man har investert gjennom at patenttiden er såpass kort?

Legemiddelkonsulenten= Ja, det er det og der har det skjedd mye da. Jeg vet ikke helt om vi skal inn på den biten, men det har jo skjedd en vridning for noen har jo sett at her er det mulighet til å komme seg inn på et marked kjapt, uten forskning. Patenten går ut, vi kopierer også får du et bpreparat som de sier er identisk, og virkestoffet er

det, men det er jo ikke alt i tilsetningsstoffene som er det, og det er ikke alltid hele prosessen er identisk.

Gjennom at patenter på preparater går ut og at patenter på et preparat er sammensatt av så mange ulike patenter, kommer andre firma inn og kjøper opp patentene for å produsere kopier av originalpreparatet. Preparatet som produseres er tilnærmet lik, de har samme virkestoff, men kan ha noen tilsetningsstoffer som er ulikt fra originalpreparatet samt at fremstillingsprosessen kan være noe annerledes. At slikt forekommer skaper en viss frustrasjon og fortvilelse i bransjen forteller mine informanter:

Marcus= Hva synes du egentlig om disse kopipreparatene?

Legemiddelkonsulenten= De er jo «freeraiders» mer eller mindre. For det er jo slik at de ikke har noen egne preparater i det hele tatt, de har bare kopiert alt mulig annet. Det som bekymrer meg er at de bruker en del andre hjelpestoffer og de bruker litt andre bærestoffer. Det som skjer da er at pasientene som tar det preparatet istedenfor det preparatet de bruker til vanlig ... si at jeg er pollenallergiker så har jeg tatt et preparat i alle år, så går det virkestoffet av patent og jeg går på apoteket og får beskjed om at jeg nå kan få nesten helt identisk preparat bare billigere. Så gjør jeg det da og får en masse bivirkninger, fordi hjelpestoffene er helt annerledes og det kanskje er de jeg reagerer på. Det er dette aspektet jeg synes blir feil, når man først skal kopiere et preparat bør man gjøre det helt identisk. Men de vet jo ikke helt sammensetningen. Noen kopipreparater har ikke samme effekten som original preparatene fordi byttestoffene er forskjellig. Om det er bittert? ja, jeg kan tenke meg det blir bitter hvis man sitter på et preparat som man har hatt fra dag en også ser du jo at preparatet blir tatt over av noen andre. Det er jo en dyr prosess, for preparat skal ikke bare stå for kostnaden ved utvikling av bare det enkelte preparatet, men også alle floppene som har vært også. Det er jo en del virkestoffer som ikke blir legemidler i det hele tatt, og da skal jo det virkestoffet som blir det endelige stå for de to-tre andre det ikke ble noe av. Med redusert patenttid blir det bare et x antall år man skal tjene inn det og da blir det dyrt.

Kopipreparatene og deres produsenter omtales her som «freeraiders» altså noen som ikke har betalt eller gjort en innsats for å skape preparatet, men uansett drar nytte av preparatet. Bekymringen som legemiddelkonsulenten her gir uttrykk for, som deles av de to andre legemiddelkonsulentene, og en av de tidligere legemiddelkonsulentene, er at kopipreparatene kan ha andre bivirkninger enn hva originalpreparatet kan ha, på grunn av andre tilsetningsstoffer. I tillegg til bekymringen over eventuelle nye bivirkninger skaper det også en form for bitterhet for disse originalprodusentene. På grunn av en lang og dyr utviklingsprosess rundt preparatene forteller en av legemiddelkonsulentene om en slags eierskapsfølelse til produktene som kopipreparatprodusentene trækker på, gjennom at de kjøper opp patentene og starter egen produksjon. På samme måte sier både to av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere

legemiddelkonsulentene at de aldri kunne tenke seg å jobbe for slike kopipreparatprodusenter på grunn av kunnskap om prosessen rundt det å lage et originalpreparat og etiske årsaker. Nettopp fordi dette er en lang og dyr prosess, og at man vet at når patentene går ut kommer noen og kjøper den opp, hevdes det at prisene på legemidlet også da stiger. Legene deler også denne bekymringen for bivirkninger, men har et litt annet syn når det gjelder nytten av de:

Det med kopipreparater er en todelt sak, for forbrukeren økonomisk sett kan det helt klart være en fordel for ser man at det kommer kopipreparater på markedet så synker prisen på alle medisiner i samme kategori. Det er på en annen side klart at disse preparatene har en litt annen kjemisksammensetning så pasienter kan få bivirkninger som er uheldig av å bytte. Der slik i Norge at hvis man skal bytte preparat skal er man pålagt å skrive over på billigste synonym hvis ikke det er påvist noe som tilsier at man ikke skal over på det billigste. Dette gjør, sammen med veldig mange andre faktorer, både at det er veldig strengt regulert i Norge samtidig som det er veldig billig. (Legen)

På samme måte som hos legemiddelkonsulentene uttrykkes det her en bekymring over at kopipreparater kan ha andre bivirkninger enn hva originalpreparater kan ha, samtidig ser man en økonomisk fordel ved at kopipreparatene er billigere og dermed drar befolkningen en nytte av de. Årsaken til at kopipreparatene er billigere er at de ikke har samme utviklingskostnadene som de ville hatt hvis de hadde laget preparatet selv og dermed kan de selge billigere og samtidig tjene gode penger. Lovgivningen i Norge tilsier også at man skal føres over på billigste synonymprodukt hvis det finnes flere likeverdige alternativ (NOU 1997:6). En av de tidligere legemiddelkonsulentene kan også forteller følgende: «Det er ikke noen, ikke en gang de største firmaene, som har klart å gjøre en studie som sier at kopipreparatene ikke er like bra som originalpreparatene. Hadde de klart det hadde vi hørt det for å si det slik». Dermed blir det også relativt lett for disse kopipreparatprodusentene å få solgt sine medisiner, når både myndighetene og forskningen legger omstendighetene til rette for salg av kopipreparater. Denne utviklingen i bransjen har fått konsekvenser for industrien:

Marcus= dette har vel ført til at inntjeningen har blitt dårligere, regner jeg med? Og er dette en av årsakene til at bransjen har krympet i omfang?

Legemiddelkonsulenten= de store produktene som kom på markedet på 90-tallet tidlig 20-tallet har gått av patent og de tjener ikke mere penger på det, så derfor har store firma som for eksempel MSD, Astra-senica og Pfizer virkelig gått med røde tall de siste årene på de store produktene som de tjente mye penger på før. Som for eksempel Statin som er kolesterolsenkende hadde de masse millioner på som nå går til kopiprodusentene istedenfor, det koster jo ingenting. Det koster jo mindre for en kolesterolsenkende enn hva det koster for en Lakerol.

Kopipreparatprodusentene har tatt store markedsandeler fra de største legemiddelfirmaene i landet på grunn av at deres produkter har gått av patent, og dette har ført til at de taper stor summer i Norge. Prisen på kopipreparatene beskrives her som årsaken til at kopipreparatene har klart å ta en så stor markedsandel. En annen forklaring på at kopipreparater har ekspandert så mye i omfang kan en av de tidligere legemiddelkonsulentene gi oss: «De koster inn mange produkter i markedet for å ta mest mulig av det. Et eksempel på dette er når den første lykkepillen kom, da kom det i tur og orden masse kopipreparater inn og det er her norske leger har blitt lurt mest». Mengden av kopipreparater har ekspandert og dermed naturligvis, både på grunn av lovgivning og pris, tatt større deler av markedet. Det hevdes også at dette har lurt norske leger ved at det har kommet inn så mange produkter. Legene på sin side er naturligvis ikke enige at de har blitt lurt, men kan fortelle at det eksistere i overkant medisiner på dagens marked:

Marcus= Synes du alle medisiner som produsere er nødvendige medisiner? (Utvalg, kopipreparater/metoo)

Legen= Det er ikke noen tvil om at det er nok medisiner hvert fall. Man har også kanskje i overkant mange valgalternativer innenfor en del område, det hadde vel holdt med toppen fire-fem produkter innenfor de fleste sykdommene og ikke åtte-ni eller mer slik det er i dag. Det er jo ikke noe problem å navigere seg frem til det rette produkter for de fleste pasienter, men det hadde gjort jobben vår lettere hvis det ikke hadde vært så mange. De fleste pasientene leser jo gjerne om sykdommen de har og preparater som kan brukes for behandling før de kommer til meg og det hender seg at det omtrent krever et spesielt preparat fordi de har lest om at dette er så bra i forhold til de andre. Man ser jo samtidig at dette er nyttig for pasientene i forhold til at det blir mindre kostbart å kjøpe legemidlene, så jeg er egentlig positiv til såkalte kopipreparater.

Legen opplever at man har i overkant mange valg når det kommer til legemidler og dette synet støttes av begge de andre legene. Presset kommer ikke kun fra omfanget av legemidler, men også fra pasientenes forventninger gjennom at de undersøker legemidlene på forhånd og kommer til legen med en forventning om å få et spesielt legemiddel. Selv om dette setter større press på legen, så ser man den økonomiske fordelene ved billigere preparater til pasientene. Om dette er med på å skape et større medisinbehov i dagens samfunn vil bli videre belyst i neste kapitel.

5.4.3 Sykdommer i dagens samfunn

Avslutningsvis i dette analysekapittelet vil aspekter rundt hvordan industrien påvirker hvordan man tenker og behandler sykdom i dagens samfunn. Tema som medisinbehov, hvordan man takler sykdommer og industriens interesser i sammenheng med sykdom vil belyses. Som vi har sett i det foregående kapittel så er legemiddelkonsulentene i stor grad negativ til kopipreparatprodusenter

og hvordan kopipreparatene har gjort sitt inntog på markedet. Legemiddelkonsulentene er, på grunn av kopipreparatene, overbevist om at medisinbehovet i dagens samfunn er noe industrien er med på å skape:

Marcus= Eksiterer det et medisinsk behov for alle de type medisiner som eksiterer på marked i dag, eller tror du dette behovet er noe som er skapt av samfunnet?

Legemiddelkonsulenten= Jeg tror det er industrien som skaper behovet, jeg tror nok de generiske kopipreparatene skaper et behov. Det er bedrifter som ser sitt snitt til å tjene penger på dette fordi virkestoffet er tilgjengelig og da er det jo bare å produsere det. De trenger jo ikke bruke penger på forskning, så produksjonen koster mye mindre og derfor er det bare å pøse det ut på markedet. Jeg husker veldig godt når jeg jobbet for et firma så var det et preparat som ville miste patenten sin. Da fortalte en jeg var på kurs med fra et kopipreparatfirma at jeg skulle visst hvor stort det laget av kopipreparatet de hadde i Tyskland var. De satt bare og ventet på at patentet skulle gå ut.

Det hevdes altså her at kopipreparater er med på å skape et større medisinbehov enn det trenger å være på grunn av omfanget og prisen på disse preparatene. Omstendigheten rundt kopipreparatene, gjennom at forsknings- og utviklingskostnader ikke behøves, gjør at de kan pumpe medisiner ut i markedet uten at de må ta den samme risikoen som originalprodusentene må. To av legemiddelkonsulentene forteller på samme måte at medisinbehovet i samfunnet skapes gjennom kopipreparatprodusenter. I hvor stor grad man skal legge vekt på en slik forklaring i forhold til den negative holdningen legemiddelkonsulentene har til kopipreparater kan diskuteres, spesielt når man legger til at alle legemiddelkonsulentene har jobbet eller jobber for en originalprodusent. Dette kan påvirke deres objektivitet i forhold til kopipreparatprodusenter, men logikken bak dette utsagnet virker å være valid. Dette med at man har mange produkter som er tilnærmet like kan ha konsekvenser for behandlingen av sykdommen til folk som en av legemiddelkonsulentene videre viser:

La oss for eksempel ta en dame på 80 år som får en medisin og tablettene er rosa. Legen har sagt at generisk bytte er mulig. Så da drar hun på apoteket og får spørsmål om hun heller vil ha et annet preparat som heter akkurat det samme, men det koster mye mindre. Apoteket tjener mye mer penger på dette preparatet fordi det er så mye billigere inn. Tablettene er gul ikke rosa, hva skjer da når den gamle damen kommer hjem? Jo, hun tenker at dette er ikke den tablettene jeg bruker å ta. Den jeg bruker å ta er rosa og ikke gul, derfor tar jeg den ikke. Det er det som blir problemet veldig ofte. Jeg synes ikke det er nødvendig at det skal være slik, hvert fall ikke når apotekene prissetter de nesten likt. Da skal det være stor prisforskjell for å vise hva innkjøpsprisen er. De legger jo prisen rett opp under og tar avansen selv. (Legemiddelkonsulenten)

Komplikasjoner kan altså oppstå når man har flere preparater som er tilnærmet like ettersom det kan det skape problemer for pasientene som skal bruke preparatene. En så enkel forskjell som farge kan være med på å skape komplikasjoner, og konsekvensen kan være katastrofale. Apotekene tjener penger på dette fordi de kjøper inn kopipreparatene og legger prisen rett under originalpreparatet og dermed får de en større inntjening, men forbrukeren må betale mer enn hva som egentlig er nødvendig og med på kjøpet får man med den risikoen det innebærer med eventuell forvirring og nye bivirkninger på grunn av andre tilsetningsstoffer i kopipreparatet enn i originalpreparatet. På denne måten mener en av legemiddelkonsulentene at industrien kan ha vært med på å skape folkesykdommer:

Så kan man også stille spørsmål om de har vært med på å skape de store folkesykdommene. Fordi medisiner er kanskje ikke den beste måten å behandle alt på, mange har sikkert fått bivirkninger av preparater som ikke er designet skikkelig eller ikke kommer langt nok i utviklingen, og sånn er det jo med medisin den blir jo bedre og bedre etter man har oppdaget det som kan oppdages ved den. Jeg vil tro at det er noen «side-effects» som har gjort at større andel av depresjon, men her er det sikkert mange andre faktorer også. (Legemiddelkonsulenten)

Når man utvikler en medisin så kan man tydeligvis ikke oppdage alle uønskede sider ved den før den har vært i bruk en periode. Derfor sier man at medisinen blir bedre og bedre etter hvert som den har blitt grundig nok utprøvd. På denne måten hevdes det at industrien muligens også har vært med på å skape en del sykdomsforhold selv om man har hatt den intensjon å behandle. Legemiddelskader er en sammensatt sak med mange ulike faktorer som må tas i betraktning, men forskning viser på tross av dette at det er noe som forekommer i høy grad. En metaanalyse av 39 prospektive studier fra USA, hovedsakelig fra medisinske avdelinger på universitetssykehus, viser at 106 000 av pasientutvalget i studien døde av legemiddelskader (Lazarou, Pomeranz & Corey, 1998). I en annen studie gjort på to av de største sykehusene i Merseyside fant man at blant de 18 820 pasientene som var en del av undersøkelsen var 1225 av de innlagt på grunn av legemiddelskader og de flesteparten av de med legemiddelskadene var eldre mennesker og eldre medisiner som var dødsårsaken (Pirmohamed et al. 2004). Lignende undersøkelser er også gjort i Sverige og der oppdaget man at legemiddelskader var den sjuende vanligste dødsårsaken blant de pasienter man undersøkte og igjen var det eldre mennesker som dominerte dødsstatistikken med eldre typer medisiner (Wester, Jonsson, Spigset, Druid & Hagg, 2008). Dette viser oss at legemiddelskader også er en vesentlig dødsårsak som industrien selv har vært med på å skape. Lars Slørdal kan fortelle at dette med at legemidler skader og i verstefall dreper ikke er noe uvanlig:

Historisk framstilles den såkalte talidomidskandalen som et vannskille for kontrollapparatet; før talidomid var industrien autonom og gjorde som den ville, men etterpå ble det innført rigid samfunnskontroll av industrien og livet ble trygt. Dette er ikke riktig. Det beroligende midlet talidomid, som ble lansert på slutten av 50-tallet og avregistrert de fleste steder tidlig på 60-tallet, førte til misdannelser – vanligvis i armer og bein, som ble mer eller mindre tilbakedannet – hos ca. 5.000 nyfødte, mens 10-12.000 brukere fikk nerveskader. Dette er ille nok, men blekner i forhold til hva som skjedde etter lanseringen av Vioxx tidlig på 2000-tallet. Vioxx var en betennelseshemmende medisin som man mener kan stå bak så mye som 125.000 dødsfall på verdensbasis før det ble tatt av markedet høsten 2004. Vi har Vioxx-liknende midler på markedet den dag i dag uten at legemiddelmyndighetene tar affære for å redusere farene pasientene utsettes for. Kontrollorganer og markedsregulering er for lengst etablert, men gjør de det de skal gjøre? (Lars Slørdal)

Legemidler som kan ha alvorlige bivirkninger eksisterer på dagens marked og som Lars poengterer er det ikke lenge siden man hadde en stor skandale rundt legemidlet Vioxx. Vioxx-skandalen tok trolig livet av rundt 400 nordmenn ifølge staten legemiddelverk (Aftenposten, 2011). Dette er nok et tragisk bevis på at legemidler ikke alltid trenger å være forbundet med noe utelukkende positivt, selv ikke å vær moderne og høyteknologiske tidsalder. Hvordan slike skandaler og en så stor innrapportering av legemiddelskader fortsatt er mulig er meget vanskelig å gi et tydelig svar på, men en av de tidligere legemiddelkonsulentene mener jeg er inne på noe som kan bidra til forklaringen:

Du vet vi var jo ikke interessert i folks helse vet du, vi var interessert i å selge preparater. Sånn i forhold til firma så følte jeg en tilfredsstillelse med jeg var med på å få opp prevensjonsbruk blant jenter og dermed unngikk uønskede graviditeter. Derfor følte jeg meg litt mer hjemme når jeg fikk jobbe med det terapiområdet, men ellers tror jeg at legemiddelindustrien er i verstefall interessert i at folk skal føle seg enda dårligere og bli mer på den hypokondriske siden. (Tidligere legemiddelkonsulent)

En syk person er for industrien en potensiell kunde og dermed fremstår det på bakgrunn av de sitater gjengitt i kapitel 5.3 som logisk å tenke at industrien ønsker flere syke fordi det vil bety større inntjeningsmuligheter. Dette kan også være med på å forklare hvorfor slike skandaler fortsatt dukker opp i dag og at legemiddelskader forekommer, det handler rett og slett mer om penger enn hva det handler om folks helse virker det som. En av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene er også enige i at man tenker pasienter som noe man kan profitere på, og at helse nødvendigvis ikke er det som kommer i første rekke, men samtidig er et godt og effektivt produkt og lik større profitt. Så dermed vil også industrien tjene mere penger på å utvikle gode produkter sammenlignet med å utvikle produkter som ikke gjøre deg friskere.

6.0 Diskusjon og avslutning

I dette kapitlet vil jeg på bakgrunn av tidligere forskning, teori og analysen besvare mine forskningsspørsmål. Alle forskningsspørsmålene vil være utgangspunkt for å besvare min problemstilling ettersom alle forskningsspørsmålene er viktige steg i prosessen til å forklare hvilken rolle farmasøytisk industri har i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter.

6.1 Hvordan jobber farmasøytisk industri frem nye medisiner?

Som vist gjennom kapitel 5.1 er samtlige informanter opptatt av at det å utvikle et nytt medikament er omfattende prosess både når det gjelder tid og kostnad. Industrien har også de senere år vært gjenstand for nedskjæringer og omorganisering som har ført til at legemiddelkonsulentens hverdag har blitt tøffer, noe som har ført til et mye større press. Markedsføring, nettverk og konkurranse er alle viktige elementer i hvordan tanker om nye medisiner kommer frem og utvikles. Regulering og bedriftskultur legger viktige føringer for hvordan man kan og hvordan man skal jobbe frem nye medisiner ifølge mine informanter. Alle disse rammene rundt det å jobbe frem et nytt medikament gjør prosessen kompleks. Gjennom å drøfte dette gjennom sosiologisk teori og tidligere forskning er målet å komme nærmere svaret på hvordan industrien jobber og dermed nærmere å besvare min problemstilling.

For å undersøke hvordan industrien jobber frem nye medisiner er det først viktig å se på hvilke rammer industrien jobber frem disse og hva slags konsekvenser det har for utviklingen. Rasmussen (2009) poengterer at fremskrittsoptimisme er noe preger det vestlige samfunn i tiden etter andre verdenskrig, og det er særlig fremskrittsoptimisme gjennom fremskritt innenfor medisin og teknologi som er utgangspunktet for dette. I tillegg til dette har farmasøytisk industri i Norge gjennom gått en internasjonaliseringsprosess de siste 20-30 årene, der man ser at andelen utenlandske firma med agenturer i Norge er dominerende (Tørisen, 2009). Dette har ført til at holdninger og organisering av/i bedrifter har endret seg til større grad av profesjonalisering, ifølge mine informanter. Disse omstendighetene, sammen med det informantene forteller om at utviklingsprosessen av et nytt legemiddel er lang og kostbar, har slik jeg kan se det ført til en mer stressende og travel hverdag for legemiddelkonsulentene. Noe som de også bekrefter selv. For som vi ser så har ikke salget av legemidler sunket, tvert imot har det økt betraktelig og jevnt fra starten av 2000-tallet og frem til i dag (Legemiddelstatistikk, 2013:1). Williams, Martin & Gabes (2011) sosiologiske dimensjoner kan også være med på å gi en forklaring på hvordan industrien utvikler nye medisiner. Dimensjon fem omhandler hvordan medisin i dag brukes til ikke-

medisinske intervensjoner og på denne måten skapes nye markeder for industrien. Selv om mine informanter ikke forteller noe konkret som kan tilsi at det er slik for farmasøytisk industri i Norge, så virker den kapitalistiske tankegangen og prinsippet om «return on investement» så førende at noe slikt ikke på noen måte er utenkelig. Et eksempel på at dette faktisk har forekommet kan være hvordan brystforstørrelse blant kvinner stadig blir mer populært og at over 100.000 norske kvinner har fått sine bryster forstørret, et antall som øker med rundt 4000 per år (Norsk helseinformatikk, 2014). Dette er også noe Zola (1972) påpeker som en prosess der samfunnet medikaliseres gjennom den sosial kontroll og derfor blir stadig større deler av menneskets liv relevant for medisinen. Basert på min oppfattelse av tankegangen i industrien vil jeg anta at det å få brukt et medisin på andre plager, eller på forbedringer som ikke er direkte medisinske plager, vil være noe som er høyst attraktivt. Dimensjon seks i farmasøytikaliseringssteorien omhandler hvordan innovasjoner innenfor medisin koloniserer helsefremtiden gjennom at tro og forventninger til industrien spiller en dynamisk rolle som er basert på pasienter eller pasientgruppers håp om å utvikle nye medisiner som skal kurere eller forbedre helseplager (Williams, Martin & Gabe, 2011). Hvis man legger dette til grunn vil det være mulig å påstå at industrien jobber frem nye medisiner i en kontekst der etterspørselen er høy og dermed får legitimert det å utvikle nye legemidler gjennom oppslutning om slikt i befolkningen.

Lian (2009) forteller at det norske offentlige helsevesenet de siste tiårene er preget av at markedet og private bedrifter har vært idealer, noe som særlig har kommet til syne gjennom reformer. Dette har den konsekvens at konkurranse, økonomiske insentiver og kronetelling har blitt sentrale virkemidler. Gjennom at det norske offentlige helsevesenet blir formet ut i fra en markedsmodell med private bedrifter som idealer (New Public Management), vil konteksten som farmasøytisk industri jobber frem sine medisiner i være fordelaktig for industrien. Årsaken til dette er at de idealene som virker å være førende innenfor industrien ser ut til å passe godt med hvilke idealer som skal være førende innenfor det norske offentlige helsevesenet. Når konkurranse og pris blir viktige for det norske offentlige helsevesenet vil det være fordelaktig for en industri, som den farmasøytiske, som også jobber mye med akkurat dette. Så når disse idealene er rådende vil industrien og legemiddelkonsulentene ha et slags fortrinn gjennom å jobbe i en bransje som hevdes å være så kapital- og konkurransedrevet. Gjennom disse mekanismene blir forholdene lagt til rette for farmasøytisk utvikling av stadig nye og bedre medisiner og behandlingsmetoder.

Frich & Hofmann (2009) forklarer at man kan se sykdom som noe som har en subjektiv opplevelsdimensjon med en biologisk komponent, som ofte formes rasjonelt ut i fra hvordan det avviker fra normer og er noe som i tillegg defineres ut i fra samfunnsmessige forhandlinger.

Samtidig vil også hva vi velger å definere som sykdom være noe som er avhengig av teknologi og hva slags teknologi som er tilgjengelig. Conrad & Schneider (1992) støtter denne antakelsen gjennom at hva som vil defineres som avvik, som igjen medikaliseres, vil avhenge av tilgjengelighet av teknologi og nye behandlingsmetoder. I en slik forståelse av sykdom og tilgjengelighet for intervensjon vil det være gode muligheter for farmasøytisk industri å utvikle nye preparater for igjen å ta større markedsandeler i behandling. Som mange av mine informanter påpeker så vil det være mer lønnsomt å satse på terapiområder der man ser større mulighet for å få sin «retur non investment». En av mine informanter forteller også at mange sykdommer eller sykdomsområder ikke vil være lønnsomme å forske på, rett og slett fordi det ikke vil være nok pasienter innenfor enkelte sykdomsgrupper. Dette samsvarer med det Dumit (2012) fant i sin analyse av farmasøytisk industri i USA, der han viser at det forskes desidert mest på de sykdomsområdene som er mest profitable. En slik tankegang virker å være meget brutal, men heller ikke så vanskelig å forstå, tatt i betraktning hvor omfattende og kostbar prosessen er som jeg har gjort rede for tidligere i dette kapitlet. Medikaliseringen av avvik vil også være gunstig for hvordan industrien utvikler nye medikamenter. Når helseregimet nå har lagt beslag på menneskelige «problemer» som for eksempel alkoholisme, aldring, svangerskap og narkotikamisbruk har den også fått legitimitet til og behandlet dette. Slik får farmasøytisk industri et slags påskudd for å kunne utvide nye preparater og ekspandere sine markeder. Zolas (1972:494) påstand om at hvis noe som helst kan bevises å ha en virkning på kroppen «og i noen mindre grad sinnet» blir det merket som sykdom og slik faller under medisinsk legitimitet. Dette kan være med på å forklare hvordan farmasøytisk industri utvikler nye legemidler gjennom det mine informanter forklarer, om at forskningsavdelingene hos selskapene hele tiden jakter på mangler eller forbedringer av medisiner. Som flere av legemiddelkonsulentinformantene poengterte så kan dette med psykofarmakas¹⁹ utvikling også være en årsak til vekst i legemidlers omfang og antall. Samfunnskritikeren Illich (1976) hevder i tillegg at industrien selv er med på å skape dette behovet for å utvikle nye legemidler gjennom såkalte iatrogene sykdommer, altså at gjennom skader av legemidler skapes behovet for å utvikle nye legemidler som skal kurerer disse skadene. Selv om dette kan høres søkt ut så har vi sett flere eksempler på at legemiddelskader er et høyst aktuelt problem (Lazarou, Pomeranz & Corey, 1998; Pirmohamed et al. 2004; Wester, Jonsson, Spigset, Druid & Hagg, 2008). Dette tema vil bli nærmere diskutert i kapittel 6.2.

¹⁹ Psykofarmaka er en samlebetegnelse for legemidler hvis hovedeffekt er å påvirke psykiske funksjoner og dermed brukes i behandlingen av psykiske lidelser (Store norske leksikon, 2009c).

6.2 Hvordan jobber farmasøytisk industri med å få sine medisiner ut i markedet?

Utviklingen innenfor farmasøytisk industris måte å fremme sine medisiner på ut til et markedet har forandret seg de siste 20-30 årene, noe kapittel 5.2 viser. Det kommer tydelig frem at industrien har forandret seg en del fra «texas» -tiden og frem til i dag, men at mange av de samme mekanismene for å promotere sine medisiner fortsatt er i sving. Industrien bruker i dag i større grad rådgivere som ser hvordan man kan påvirke mest mulig og lobbyvirksomhet er også sentralt for å undersøke om nye høringer og lignende. Blåreseptnemnda kommer inn som et eksempel på hvordan industrien jobber og hvor viktig sentrale beslutningstakere er for at et legemiddel skal lykkes. Gjennom å besvare hvordan industrien får sine medisiner ut til et marked vil man ha større dekning for å besvare hvilken rolle den farmasøytiske industri har i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter.

Alle mine informanter poengterer at den farmasøytiske industri i Norge har vært gjenstand for store omveltninger de siste 20-30 årene, noe som kan ses i sammenheng med den internasjonaliseringsprosessen som Tørisen (2009) omtaler, og det at industrien i Norge er relativt liten nå sammenlignet med andre land (Buljo & Gjæver, 2010). Informantene mine er særlig opptatt av at den «Texas» -tiden som har vært, med mange legemiddelkonsulenter i arbeid og mange sponsete turer til utlandet, på 1980/1990-tallet nå er over. Min oppfattelse er at slik også er tilfellet, men at det fortsatt eksisterer mange likhetstrekk i måten industrien jobber på for å promoterer sine legemidler nå som det gjorde på den tiden. Ifølge mine informanter er markedsføring mot legene og hyppige besøk hos legene vært den tradisjonelle måten å få sine produkter ut til markedet på, noe som fortsatt forekommer, men som legeinformantene understreker har dette blitt veldig redusert. Dette kan ses i sammenheng med den utviklingen som tidligere forskning også påpeker og som legemiddelkonsulentene selv hevder: større grad av profesjonalisering og redusert antall legemiddelkonsulenter. Dette har hatt en konsekvens for hvilke strategier som i dag er dominerende for å få sine produkter ut til markedet. Uansett hvilke strategier som nå virker å være gjeldene for industrien så virker lovreguleringen å spille en sentral rolle for utføringen av disse strategiene, da spesielt legemiddeloven (1992, §1-21) og helsepersonelloven (1999, §1-9) som legger føringer for handlingsrommet til industrien når det gjelder påvirkning. Dette er også noe samtlige av mine informanter legger særlig vekt på gjennom at de oppfatter det slik at folk flest ikke forstår hvor omfattende regulert de er. Dette oppfattes i stor grad ambivalent i den oppfattelsen folks flest har til industrien, gjennom den feilaktige troen på at det fortsatt er «Texas», og slik legemiddelkonsulentene føler de blir i stor grad overregulert.

I dag virker man å være mer opptatt av andre type virkemidler enn før på 1980- og 1990-tallet og dette har en direkte sammenheng med de nedskjæringene som har skjedd innenfor farmasøytisk industri i Norge. Da man startet omorganiseringen fra å ha mange legemiddelkonsulenter til å ha en mindre stand med større grad av økonomer og jurister i firmaene så måtte nye strategier til for å få sine preparater ut i markedet. Som Conrad & Schneider (1992) poengterer, har en stadig større andel av avvik nå definert under helseregimet for behandling gjennom at disse avvikene medikaliseres. Når stadig flere avvik blir definert som sykdom, og dermed faller under behandlingsregimet til helseapparatet, skaper det også store muligheter for farmasøytisk industri gjennom at et behov for stadig nye medisiner og behandlingsmetoder kreves. I en slik måte å tenke avvik og sykdom på vil det være interessant å se på hvem som faktisk definerer hva som vil være avvik og hva som vil defineres som sykdom, dette er noe farmasøytisk i Norge også har sett på som verdifullt noe mange av mine informanter påpeker. Som både en av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene poengterer, jobber farmasøytisk industri i Norge mye med å finne beslutningstakere i det politiske systemet for å dermed kunne påvirke resultatet av for eksempel en høring eller statsbudsjett, man bruke ofte lobbyister og kommunikasjonsrådgivere både for å legge planer om hvordan man skal påvirke og hvem man skal påvirke. Freidson (1970) påpeker at den medisinske profesjonen tar en aktiv rolle for å influere avviksdefinisjonen, tilpasse sykdommer og bestemmelser over når man skal intervensere ved sykdom. Det er også dette, ifølge mine informanter, som virker å være førende for strategiene til farmasøytisk industri i Norge når man ser at det å påvirke beslutningstakere og bruke lobbyister. Det er særlig i den politiske defineringsprosessen der redefineringen av avvik blir sosialt konstruert, gjennom et slikt perspektiv eksisterer det flere sosiale «realiteter» av disse avviksformene (Conrad & Schneider, 1992). Videre vil det da være den aktøren med sterkest interesse som har størst innvirkningskraft på denne prosessen (Conrad & Schneider, 1992). Gjennom en slik måte å se hva som blir definert som avvik vil det i aller høyeste grad være en fordelaktig strategi fra farmasøytisk industri sin side å influere slike beslutninger for å kunne få sine preparater ut i et marked, enten gjennom at nye medikamenter skapes til nye avvik som blir definert som sykdom eller ved at preparater som eksisterer blir foretrukket for behandling av det medikaliserte avviket. At dette er noe som forekommer bekreftes også av Conrad & Schneider (1992) gjennom å poengtere at medisinsk teknologi, gjennom at farmasøytiske oppdagelser blir ofte brukt for å behandle atferd som blir sett på som avvik, er en viktig drivkraft bak hvordan avvik medikaliseres i dagens samfunn. En annen viktig strategi som ser ut til å være flittig brukt ifølge mine informanter, er å påvirke gjennom bruk av media. Den andre sosiologiske dimensjonen bak farmsøytikaliseringsen av samfunnet hos Williams, Martin & Gabe (2011) preges

av såkalt sykdomsskremmerier hevdes være fordelaktig for farmasøytisk industri ved at flere vil bruke medikamenter gjennom måten media fremstiller forskjellige saker på (i farmasøytisk industris interesse) vil samfunnet i større grad bli farmasøytikaliseret. På samme måte som at Høyve & Hjortdahls (2002) undersøkelse av media viser at saker som omtaler nye legemidler i mye større grad blir omtalt som positive enn negative, inkludert bivirkninger. At dette er en benyttet strategi for å få sine medikamenter ut til markedet bekrefter en av legemiddelkonsulentene og en av de tidligere legemiddelkonsulentene ved å forklare hvordan ulike selskaper både tv, magasiner og aviser for å spre sitt budskap gjennom eksperter/leger som har stor legitimitet på feltet eller ved pasienter som er brukere av det legemidlet som ønskes promotert. Det som er interessant å vurdere er om industrien har omorganisert på grunn av ytre press fra omstendighetene som jeg har presentert, eller om industrien har lagt om sine markedsstrategier rett og slett fordi det er mer lønnsomt å gjøre det på denne måten enn hva det er å ha mange legemiddelkonsulenter ansatt. Mange av mine informanter forteller at de kapitalistiske drivkreftene bak industrien er sterke og rådende for industriens tankegang, så langt det lar seg lure kan man spekulere på om omstruktureringene i farmasøytisk industri fra mange til få legemiddelkonsulenter hadde skjedd om det ikke fantes mer lønnsomme strategier å få et medikament ut til et marked på.

Igjennom kapittel 5.2.3 har jeg presentert et eksempel på hvordan farmasøytisk industri ønsker å påvirke viktige beslutningstakere i antatt uavhengige beslutningsorganer. Poenget med dette eksemplet er å vise hvilke strategier, basert på mine informanternes uttalelser, som virker å være de mest effektive og gjeldene for dagens norske farmasøytiske industri. Bakgrunnen for dette eksempelet handler om habilitetsstriden som foregikk rundt nemndas leder som ble betalt av GlaxoSmithKline (GSK) mens vedkommende satt som leder for blåreseptnemnda. Som vist i avsnittet over jobber i dag farmasøytisk industri i Norge i dag i større grad med å påvirke viktige beslutningstakere for å få sine medisiner ut til markedet. Når det kommer til blåresept omtaler blant annet en av de tidligere legemiddelkonsulentene at det å få et medikament over på dette som «gullfuglen» for et hvert selskap. Så man kan anta basert på informantenes utsagn at det vil være noe et hvert selskap ønsker å skaffe seg på grunn av at man gjennom dette kan tjene store penger. Conrad & Schneider (1992) poengterer at medikaliseringen av avvik skjer gjennom en politisk beslutningsprosess i en verden der flere sosiale realiteter eksisterer, der den med sterkest interesse i den gitte saken vil få implementert sin versjon av den sosiale realiteten og på denne måten skape legitimering av sin avviksdefinisjon som støtter deres interesser. Min oppfatning er at dette er overførbart til eksemplet med blåreseptnemnda, gjennom at GSK ønsker (etter alt å dømme) å få sin sosiale realitet, noe som vil være at deres medisiner er de mest nyttig og derfor bør være på

blåresept, gjelden hos vedkommende som skal lede utvalget som bestemmer hvilke preparater som skal på blåresept eller ikke. Selv om intensjonen til GSK eller daværende leder ikke hadde vært å handle fordelaktig behandling GSKs preparater viser en entydig forskningslitteratur på habilitetsfeltet at man blir påvirket av slike bindinger (Slørdal, Eggen & Rygnestad, 2012). På samme måte som Goldacre (2012) viser at industrisponsete studier i større grad har sannsynlighet for å bli positive har utfallet av en gitt situasjon der et preparat fra GSK eller en konkurrent av GSK påvirket sjanse for å komme på blåresept eller ikke ifølge Slørdal, Eggen & Rygnestad (2012) gjennom at daværende leder ville vært påvirket av sin binding til GSK. Poenget med dette eksemplet er ikke å dømme hvor vidt dette hadde noen form for direkte effekt eller ikke, selv om det basert på forskning hadde det, men heller illustrerer hvilke strategier industrien i dagens samfunn bruker istedenfor å ha mange legemiddelkonsulenter som drar på hyppige legebesøk. Dette er heller et høyst reelt eksempel på hvordan industrien går inn og påvirker med den intensjon om å få økt sin markedsandel og dermed få høyere avkastning på sine preparater.

Selv om det virker som at man går nye veier for å få sine produkter ut i dagens marked, så er det den samme tankegangen og holdningen som ligger bak. Man ønsker høyest fortjeneste tilsynelatende utelukkende av hvilken strategier og konsekvenser dette har. Eksemplet med blåreseptnemnda illustrerer hvordan dette etter all sannsynlighet har skjedd i praksis og er ment for å være alarmerende i forhold til hvordan industrien faktisk jobber, intendert eller uintentert.

6.3 Hvordan jobber farmasøytisk industri opp imot leger?

Legene har vært, og er til en viss grad, viktige for legemiddelkonsulentene på grunn av legenes forskrivningsmakt. Tendenser ut i fra min analyse viser derimot at legene får mindre besøk og at besøkstiden muligens har krympet i noen grad. Legene oppfatter legemiddelkonsulentene i mindre grad som viktige for sitt arbeid, mens legemiddelkonsulentene ser seg selv som viktige for legenes faglige påfylling og etterutdanning. Legene hevder selv at de ikke blir påvirket i stor grad, men at andre kolleger muligens i større grad blir påvirket. Tilbøyeligheten i forskrivningen blant leger hevdes variabel fra legemiddelkonsulentenes side, mens kongressreiser som faglig etterutdanning menes viktig fra legemiddelkonsulentenes side mens legene er i stor grad glad det er borte. Gjennom å belyse forholdet mellom legene og legemiddelkonsulentene, og den utviklingen som har skjedd, kommer vi stadig nærmere en forståelse av dette forholdet.

Legene har også fått merke de omorganiseringene som har skjedd innenfor farmasøytisk industri i Norge. De senere årene har antall legemiddelkonsulent besøk hos legeinformantene mine gått betraktelig ned. Legemiddelkonsulentene hevder også selv at nedskjæringene som skjedde måtte

skje på grunn av at det ikke var mulig å få til like mange møter nå som før. Ser man på undersøkelsen til Christensen & Straand (2008) fra 2002 viser at en allmennlege i gjennomsnitt har tre til fire besøk fra den farmasøytiske industri i måneden, mens mine informanter påpeker at dette antallet har krympet de siste årene selv om de ikke kommer med noe spesifikt tall, anslår flere av legene at det kan være snakk om alt fra et par besøk til ingen per måned. Omfanget og konteksten møtene blir holdt under, er både legemiddelkonsulentene og legene enig om er travle og går over et relativt kort tidsrom. Lunsjen ser ut til å være det mest populære tidspunktet og da gjerne rundt 20 minutter av den. Legemiddelkonsulentene bringer gjerne lunsjen og det fungerer som deres «billett» for å få komme inn på legekantorene ifølge flere av legeinformantene. Dette sammenfatter også godt med det Christensen og Straand (2008) fant i sin undersøkelse. Måten legemiddelkonsulentene jobber på i dag ser ut til å være i sammenheng med de endringene i måten farmasøytisk industri jobber frem nye legemidler på og hvilke strategier man velger for å få sine produkter ut til markedet. For det første virker de nedskjæringene å ha den effekten at det har blitt færre besøk fra legemiddelkonsulentene. For det andre virker besøkene i større grad i dag enn før å være preget av en stramtidsramme og for det tredje virker det som industrien ikke ser det som like lønnsomt å prioriterer legemiddelkonsulentbesøk hos legene. Skiftet i forholdet mellom legene og legemiddelkonsulentene kan belyses gjennom Law & Bijkers (1992) teori om obligatoriske passeringspunkter (OPP). En av legemiddelkonsulentene poengterer: «Det er det som er greia, får man med seg en stor avdeling slik som Ullevål så får du med deg alle de andre sykehusene rundt om i landet fordi de ringer inn og bruker de som referanse. Det samme gjelder for de andre store regionale sykehusene», mens en av legene kan fortelle: «Vi har vært veldig bevisst på at vi skal være selvstendige når det gjelder valg rundt legemiddel, men det er klart at hvis vi er i tvil så kontakter vi også vårt regionale sykehus». Dette tatt i betraktning, mens man samtidig ser at legemiddelkonsulentstanden har blitt mindre i Norge, kan det virke som at industrien har sett at det å jobbe opp imot sykehusene kan være likeså effektivt som å jobbe mot alle legesentrene. Teorien til Law & Bijker (1992) bygger på at OPP er et passeringspunkt som er obligatorisk for alle aktører i en gitt situasjon for å komme til et tilfredsstillende resultat av den gitte situasjonen. I denne konteksten så ser det ut som legene har i stor grad fungert som et OPP gjennom at de har den forskrivningsmakten de har og dermed har vært et punkt legemiddelkonsulentene må passere med sine preparater for at disse preparatene skal nå ut til kundene. Det legemiddelkonsulenten og legen forteller, kan indikere at sykehusene på mange måter har tatt over funksjonen som et OPP for legemiddelkonsulentene, men det kan også indikere at farmasøytisk industri har forstått at legene har denne funksjonen og dermed forsøker å gå rundt dette OPP for å nå ut til markedet lettere. Dette kan også forklares gjennom de reguleringene som

industrien har vært gjenstand for har gjort det vanskelig for legemiddelkonsulentene å nå legene og på denne måten har valgt å gå nye veier. Dette understrekes også av flere av legemiddelkonsulentene som hevder at den symbiosen de har brukt å hatt med legene er i ferd med å viskes ut. Dette kan ses på som en slagplan for å passer OPP gjennom å danne nye nettverk som Law & Bijker (1992) hevder er nødvendighet for suksess. På samme måte vil ikke legene kunne ta del i suksessen ved at deres funksjon som OPP vil være for svakt, og dermed lett passerer når kontrollen og reguleringsfunksjonen deres ikke vil ha noen innvirkning på legemiddelkonsulentene (Law & Bijker, 1992). Så basert på det informantene mine forteller og måten vi har sett industrien tenker og handler på i en økonomisk interesse, vil dette være en måte industrien vil kunne jobbe på for å øke sin fortjeneste og sin markedsdel på, samtidig som man ikke trenger å forholde seg til den forskrivingsmakten og reguleringene legene er gjenstand for.

Tilbøyeligheten i forskrivning hevdes av mine legemiddelkonsulentinformanter å være varierende mellom leger, mens legeinformantene selv hevder de i stor grad er uavhengige, men at de antar at andre kolleger i større grad kan være påvirket. Det vil være vanskelig å vurdere i hvor stor grad man lar seg påvirke, bevisst eller ubevisst, men Straand & Myhr (2002) har utarbeidet tre ulike typer av avhengighet når det kommer til interaksjon mellom legemiddelkonsulentene og leger: fysiologisk -, psykologisk- og atferdsmessigavhengighet. Gjennom uttalelsene til mine legeinformanter ser man at det hevdes at man selv ikke nødvendigvis ikke er avhengig, men at andre kan være det. Straand & Myhr (2002) påpeker at benektelse av avhengighet kan være en indikasjon på at man er i faresonen for legemiddelfirmaavhengighet. Legemiddelkonsulentbesøk kan være en god «pause» i en hektisk hverdag på legekantoret, men som alle mine legeinformanter påpeker er de ikke særlig positive til disse møtene, noe som kan indikere mindre grad av legemiddelfirmaavhengighet. Den største faren ved denne legemiddelfirmaavhengigheten er hvis man som lege stiller seg passiv til produsentnøytal etterutdanning og på denne måten overlater etterutdanningsfunksjonen til industrien, slik at legemiddelfirma for makten til å definere ny kunnskap (Straand & Myhr, 2002). Igjennom mine intervjuer fikk jeg ingen indikasjon på at noen av mine informanter var i en slik posisjon. Bevisstheten rundt farmasøytisk industri og deres måter å jobbe på virket å være stor, selv om noen indikasjoner på legemiddelfirmaavhengighet kunne finnes. Ingen av legeinformantene føler seg i særlig grad forsøkt lurt, selv om de ser en tendens til at legemiddelkonsulentene i noen grad velger å utelate bivirkninger og samtidig ønsker å sende de i retning av deres produkter når det kommer til indikasjoner på sykdom. Dette stemmer overens med det Christensen & Straand (2008) fant i sin undersøkelse av legestudenter og legemiddelkonsulenter. Som sitatene i kapittel 5.3.1 og 5.3.2 viser så er industrien hele tiden ute

etter å påvirke grensene for hva man skal se på når en person kommer med sykdom og hva grensen skal være for intervensjon. Som Moynihan & Cassels (2005) påpeker er dette et gjennomgående problem i USA og et stort hinder for en mer rasjonell debatt rundt grenser for intervensjon på enkelte områder på grunn av at mange personer som er rådgivende i slike saker, som for eksempel legene, er bundet til den farmasøytiske industri. På bakgrunn av det legemiddelkonsulentene forteller om tilbøyelighetene i forskrivningen blant leger, så kan man se indikasjoner på at dette kan være noe som er også gjeldene for Norge. Spesielt hvis man har i bakhode de strategier og påvirkingsstrategier industrien velger å bruke som vist i kapittel 6.2, ved å fokusere på viktige beslutningstakere og policymakers. Riktig nok blir dette litt spekulativt, men indikasjoner er i aller høyeste grad tilstedeværende. Som man har sett i teorien til Law & Bijker (1992) vedrørende OPP så trenger ikke forskrivningsmønsteret til leger blir direkte påvirket gjennom direkte interaksjon med legemiddelkonsulenter. Det kan komme gjennom konsultasjon med det regionale sykehuset som legene oppgir som en kunnskapskilde når de er i tvil. På denne måten kan tilbøyeligheten i forskrivningen være påvirket uten at man er klar over dette. Som Freidson (1970) påpeker tar den medisinske profesjon en aktiv rolle for å influere avviksdefinisjonen, samt tilpasse sykdommer og bestemmelser over når man bør intervensjon ved sykdom. Slik fremstår leger som moralske entreprenører som aktivt søker å oppdage eller redefinere sykdom. Ved hjelp av dette hevder Conrad & Schneider (1992) at medisinsk arbeid kan føre til at det skapes nye medisinske normer eller nye sykdomskategorier. Dette er en måte å se medisinsk ekspansjon på, gjennom at avvik medikaliseres slik at flere former av menneskelig oppførsel faller under den medisinske profesjon. Mitt poeng i denne sammenheng, sett fra et OPP perspektiv, er at selv om jeg har legeinformanter som tilsynelatende virker å opptre uavhengig i sitt forskrivningsmønster så kan de være påvirket ubevist og på denne måten redefinere medisinske normer eller sykdomskategorier som er i den farmasøytiske industris interesse. Et tiltak som ser ut til å være gjort for å forhindre dette i omfang er reduksjonen og strengere reguleringen av såkalte kongressreiser der legemiddelfirmaene tar med seg leger på kongresser for å oppdatere eller få ny kunnskap om produkter og terapiområder. Legene og legemiddelkonsulentene har forskjellige meninger på viktigheten med disse kongressreisene, mens legene er glad for at det i stor grad er slutt mener legemiddelkonsulentene at dette er stort tap for de selv og for legenes faglige oppdatering. Uansett om dette virkelig er et tap eller ikke, ser jeg det som et viktig ledd for å skape større uavhengighet mellom leger og farmasøytisk industri. For basert på informantene min sin meninger har det samarbeidet som har eksistert og måten det har blitt gjort på har muligens vært så tett at grensen for hva som er informasjon og hva som er markedsføring at grensene har blitt visket ut, som Høye & Hjortdahl (2002) hevder, både gjennom industriens kontakt med media og

dens kontakt med leger. For som Slørdal, Eggen & Rygnestad (2012) påpeker vil interessekonflikter oppstå i slike sammenhenger og som tidligere forskning og teori påpeker vil det skje i farmasøytisk industris interesse.

6.4 Hvilke konsekvenser har denne måten farmasøytisk industri utfører sitt arbeid på for samfunnet?

Det siste forskningsspørsmålet omhandler hvilke konsekvenser måten farmasøytisk industri utfører sitt arbeid på har for samfunnet. I analysekapittel 5.4 blir det tatt opp hva årsaken til veksten av bruk av legemiddel har å si for samfunnet, nettopp fordi det med utvidet bruks område og nye behandlingsmetoder/medisiner/diagnoser har konsekvenser for mange individer. Dette må også ses i sammenheng med måten industrien jobber på. Videre ble to viktige aspekter, som har store konsekvenser både for de som jobber i industrien og for samfunnet ellers, tatt opp: kopipreparater og patenter. Disse er viktige i den forstand at man gjennom kopipreparater får billigere medisiner, mens det samtidig påvirker satsning og inntjening for selskapene. Patenttiden er også sentral her med samme begrunnelse. Til slutt i kapittel 5.4 blir aspekter rundt hvordan industrien påvirker hvordan man tenker og behandler sykdom i dagens samfunn. Her er hvordan industrien interesser i sammenheng med sykdom viktig. Dette kapitlet blir, som de andre foregående, alle viktige når problemstillingen skal besvares i neste kapitel.

Årsaken til denne veksten vi ser i antall legemidler og antall solgte legemidler er en sammensatt og kompleks prosess, der mange aktører har mange forskjellige interesser i at dette skjer. Det er flere årsaker mine informanter påpeker: aldrende befolkning, utvidelse av bruksområde, folkeopplysning, nye behandlingsmetoder og fokus på diagnoser. Mange av disse årsakene som nevnes her er også årsaker som hevdes være drivkrefter bak medikaliseringprosessen. Lian (2012) poengterer at aldring og andre naturlige prosesser blir en drivkraft i medikaliseringsteorien gjennom at disse naturlige prosessene skal endres på og forlenges hos individene, samtidig som at troen på at teknologi og nye behandlingsmetoder skal forbedre tilstanden til menneskeheten spiller en sentral rolle som drivkraft bak medikaliseringen. Dette kan være med på å skape et behov for ny utvikling av medikamenter, teknologi og behandlingsmetoder som forsterker medikaliseringen og gir farmasøytisk industri større legitimitet til å fylle markedet med for eksempel nye medikamenter. Zola (1972) forklarer at medikaliseringen av samfunnet drives frem av blant annet prosessen som omfatter ekspansjon av hva som er relevant for medisinen gjennom at det ikke kun er ytre symptomer og spesifikke sykdommer som er relevant for behandling, men utviklingen tilsier nå at man ser sykdom som en flerdimensjonal forståelse av mange ulike aspekter ved individets daglige liv. Ved å legge en slik forståelse av sykdom til grunn er det lett å

forstå hvordan man ser denne økningen i omfang og bruk, for ved at man kan behandle stadig flere aspekter ved individets daglige liv virker det som at stadig flere velger å benytte seg av denne muligheten hvis man legger økningen til grunn (Legemiddelstatistikk, 2013: 1). Et avvik er heller et produkt av forming enn noe som arves, derfor vil historiske-, sosiale- og kulturelle prosesser bestemme hva vi velger å se på som avvik (Conrad & Schneider, 1992). Gjennom framskrittstro og optimisme, som er noe som preger det vestlige samfunn i dag ifølge Rasmussen (2009), knyttet til teknologi og innovasjon, har det blitt lettere å se på flere sosiale omstendigheter rundt individet som avvik i dagens samfunn, noe som kan være med på å forklare hvorfor man ser denne økningen i antall og omfang. Hvis man samtidig legger til grunn at makten til hva som skal defineres som avvik ligger i maktstrukturen (gjennom de tre prosessen som driver medikaliseringen av avvik frem) i det enkelte samfunn i den bestemte tidsperioden, synes jeg man ser indikasjoner på at farmasøytisk industri innehar en slik posisjon i dagens samfunn (Conrad & Schneider, 1992). Om man ikke har det så virker det i alle fall som det er noe som etterstrebes gjennom det man har sett i de foregående kapitlene. Denne prosessen er muligens noe mindre synlig i Norge på grunn av lovreguleringene industrien er gjenstand for, men som man ser virker det som forholdene i andre land på langt nær er i mye større grad preget av en farmasøytisk industri i en slik maktposisjon (Goldacre, 2012; Dumit, 2012; Moynihan & Cassels, 2005). Williams, Martin & Gabe (2001) poengterer gjennom sine sosiologiske dimensjoner som legger til rette for en farmasøytikaliserings av samfunnet er nettopp at farmasøytiske bedrifter aktivt sponser definisjoner av sykdom og promoterer denne definisjonen til alle involverte i prosessen for å få medikamentet ut til markedet, noe som markerer et skille fra en sosiale konstruksjon av sykdom til en samarbeidskonstruksjon av sykdom (Lian, 2012). Dette sammenfaller godt med det mine informanter forteller om at utvidelse av bruksområde til et medikament aktivt søkes utvidet fra industriens side og det legeinformantene mine forteller om grensesetting for intervensjon og hva man skal tenke ved indikasjoner på sykdom. Lian (2012) forklarer at diagnose blir viktig for farmasøytisk industri fordi diagnose er noe som er nødvendig for at de skal tjene penger. En diagnose fører gjerne med seg en behandling og en behandling krever som regel et medikament, på denne måten blir det å utvide bruksområdet for et medikament til å kunne behandle flere diagnoser viktig for industrien og samtidig en drivkraft bak økningen i legemiddeleenes omfang og antall. Spørsmålet man må stille seg i denne sammenheng er om alle sosiale problemer behandles best ved bruk av medikamenter. Ta for eksempel Moynihan & Cassels (2005) beskrivelse av hvordan grensen for intervensjon ved høyt kolesterol påvirket antall brukere i USA. Vil det være lurt å senke grensen for når man må begynne behandling av kolesterol for å unngå hjerteinfarkt eller andre komplikasjoner, eller kan for eksempel endring av livsstil og mosjon være et likeså godt tiltak for

å behandle kolesterolproblemer. Intensjonen ved å stille dette spørsmålet er ikke å gi noe klart svar, men å stille spørsmålet rundt om det finnes andre alternativer enn medisin.

Som en forlengelse av forrige avsnitt skal vi se at patenttider og kopipreparater (som mine informanter i stor grad var opptatt av) også vil ha samfunnskonsekvenser for økt bruk og omfang. Patenttid og kopipreparater er noe som i stor grad henger nøye sammen. Patenttiden på et preparat er veldig kort i forhold til de store investeringene som gjøres, ifølge mine informanter. Dette er med på å skape et press på både de som lager og de som selger preparatene i en allerede pressende kontekst som legemiddelkonsulenten jobber som vist i kapittel 6.1. Gjennom denne korte patenttiden skapes en mulighet for kopipreparatfirma ved å kjøpe opp utgående patenter som viser seg å være en effektiv måte å komme seg inn på markedet på. Denne tendens kan ha en rekke samfunnskonsekvenser som kan påvirke individet i stor grad. For det første vil medikamentene som kopipreparatfirmaene produserer være billigere, noe som gjør at medisinalprisene ute på markedet vil synke. For det andre kan dette være med på å øke medisinalforbruket ved at kapital ikke lengre blir en avgjørende faktor ved behandling. Som samfunnskritikeren Illich (1976) hevder, blir individets mulighet for selvhjelp medikalisert gjennom at døden eksproprieres og nye idealer tuftet på ny teknologi og det profesjonelle apparatet rundt denne teknologien. Gjennom teknologi til å kopiere og skape lignende preparater vil antall legemidler øker og nye muligheter skapes, som kan påvirke individets mulighet til selvhjelp gjennom at det vil eksistere så mange muligheter til å få hjelp gjennom den medisinske profesjonen. Illich (1976) beskriver videre at dette vil kunne få fatale konsekvenser gjennom iatrogene sykdommer, noe som betyr at industrien selv er med på å skape behovet for nye medisiner. Som Lars Slørdal også poengterer gjennom sine sitater i kapittel 5.4.3 så eksisterer det eksempler på at dette. Dette er også noe forskning støttet opp om hvis man ser på dødsårsaker i nyere tid (Lazarou, Pomeranz & Corey, 1998; Pirmohamed et al. 2004; Wester, Jonsson, Spigset, Druid & Hagg, 2008). Hvordan man skal fremstille et legemiddel blir avgjørende i denne sammenheng, skal man støtte opp om legemiddelkonsulentenes frustrasjon over at patenter blir «stjålet» av et kopipreparat firma som ikke har trengt å bruke penger på den lange prosessen det er å utvikle et legemiddel, eller skal man se på et legemiddel som et allmenn gode som ingen andre enn menneskeheten selv har patent på? I en slik sammenheng er det treffende å sitere Jonas Salk som lagde poliovaksinen. På et spørsmål om han ville ta patent på vaksinen svarte Salk følgende: «There is no patent. Could you patent the sun?» (Johnson, 1990).

Basert på sitatene i kapittel 5.4.3 så ser man at mine informanter er ganske nyanserte til hvordan sykdommer i dagens samfunn blir sett på og hvordan denne utviklingen i antall medisiner har

skjedd. Flere av informantene påpeker at industrien er med på å skape dette behovet og da særlig gjennom kopipreparatene. En av legemiddelkonsulentene går langt i å antyde at farmasøytisk industri selv har vært med på å skape folkesykdommer. At farmasøytisk industri selv er med på å skape medisinsbehovet er ikke usannsynlig. En likhet som vi finner både Zola (1972), Illich (1976), Conrad & Schneider (1980), Williams, Martin & Gabe (2011), Abraham (2010), Løchen (1971) og Lian (2012) er at medikalisering og farmasøytikaliserings drives frem av helseprofesjonen gjennom ulike former for sosial kontroll over en definisjonsprosess. Dette kan enten være å ta kontroll over hva som defineres som avvik eller det kan være hvordan naturlige aspekter ved individets liv blir transformert til noe medisinsk anliggende. Gjennom å gjøre nettopp dette, blir farmasøytisk industris måte å tenke sykdommer på gjeldene for dagens samfunn og samtidig trolig sørge for at medisinforbruket øker. Samfunnet har endret seg siden de første medikaliseringsteoretikerene skrev sine verker, og en vesentlig forskjell fra 1970-1980 og frem til i dag er tilgangen til medisinsk informasjon gjennom bruk av internett. Lupton (1997) forklaring bak sitt demedikaliseringargument er at folks økte tilgang på medisinsk informasjon, ved for eksempel at medisinske tidsskrifter nå er tilgjengelig på internett. Dette resulterer i at informasjon blir spredt blant ikke-medisinske personell og dermed bidrar til en redusert posisjon for det medisinske fagfeltet. Tjora & Sandaunets (2010) funn rundt hvordan pasienter har blitt digitalisert eller Tjoras (2008) argumenter rundt den kunnskapsrike pasienten som har vokst frem i et samfunn der bedre forståelse rundt risiko og kunnskap om helse har økt i «senmoderniteten», er indikasjoner på dette demedikaliseringargumentet. På samme måte som at dette kan føre til en demedikalisering som Lupton (1997) hevder, vil jeg påstå at dette også kan ha motsatt effekt. Argumentet til dette henter jeg fra Williams, Martin & Gabes (2011) sosiologiske dimensjon ved farmasøytikaliserings av samfunnet som hevder at pasienter har blitt mer velinformerte noe som kan føre til større resistans mot farmasøytikaliserings, men på en annen side kan det også skapes nye krav om nye medikamenter for å forbedre sin helsetilstand. På samme måte mener jeg at større kunnskaper gjennom større tilgang på medisinsk litteratur kan virke medikaliserende på grunn av at det kan skape større forståelse og krav til utvikling av nye behandlingsmetoder og medikamenter. På samme måte som fremskrittstro og optimisme kan være forsterkende effekter (Rasmussen, 2009).

6.5 Hvilken rolle har den farmasøytiske industri i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter?

Som vi har sett i kapittel 6.1 jobber farmasøytisk industri frem nye legemidler innenfor rammer som blir stadig mer komplekse. Prosessen er lang og kostbar kombinert med en omfattende

lovregulering og patenttider som påvirker hvordan nye medisiner vokser frem. Hvilke typer medisiner som utvikles ser i større grad ut til å være preget av hva slags terapiområder som er lønnsomme å utvikle medisiner innenfor, og det er særlig medisiner man kan bruke over lengre tidsperioder som det satses på. Måten det norske helsevesenet er organisert på ser ut til å legge til rette for måten farmasøytisk industri driver på, med sterke markedsidealene i fokus. Sykdom i sin subjektive natur vil også være fordelaktig for medisinsk utvikling. Så selv om prosessen for å utvikle et legemiddel er kompleks, ser konteksten rundt å være fordelaktig for farmasøytisk produksjon og intervensjon.

Selv om det virker som at man går nye veier for å få sine produkter ut i dagens marked, så er den samme tankegangen og holdningen som ligger bak viser kapittel 6.2. Man ønsker høyest fortjeneste uavhengig av hvordan strategier og konsekvenser dette har. Eksemplet med blåreseptnemnda illustrerer hvordan dette etter all sannsynlighet har skjedd i praksis og er ment for å være alarmerende i forhold til hvordan industrien faktisk jobber, intendert eller uintentert.

Kapittel 6.3 viser hvordan konsensusen mellom leger og legemiddelkonsulentene har endret seg på grunn av de transformasjonene industrien har vært gjennom og på grunn av at industrien har funnet måter som virker å være minst like effektive på som å ha legemiddelkonsulenter på besøk hos leger. Dette ser vi gjennom teorien om OPP som viser hvordan industrien har funnet flere måter å passere legene (som fungerer som et obligatorisk passeringsspunkt) når de vil nå ut med sine medikamenter til markedet. Legemiddelfirmaavhengighet finner man indikasjoner på og må ses i sammenheng med hvilke påvirkningsstrategier industrien velger.

I kapittel 6.4 har vi sett at årsaken til vekst i legemidler, både antall og omfang, er sammensatt og drives fram av flere aspekter ved dagens vestlige samfunn. Medikalisering- og farmasøytikaliseringsfaktorer er gode forklaringsmuligheter her. Forklaringen på det sykdomsbilde dagens samfunn besitter kan forklares ved at den sosiale kontrollen over defineringsmakten sitter i stor grad hos krefter som ønsker å få problemer/avvik/sosiale uønskede omstendigheter under medisinsk legitimitet.

Min problemstilling var altså følgende: *Hvilken rolle har den farmasøytiske industri i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter?* Så nå vil jeg besvare hvilken rolle den farmasøytiske industrien har gjennom svaret på mine fire forskningsspørsmål. Det man kan slå fast først som sist er at den hverdagen og de kontekstene farmasøytisk industri opererer i er meget komplekse og sammensatte, med mange forskjellige aktører, reguleringer, regler, lover, risikoer og usikkerheter i et samfunn med store forventninger

til fremskritt og forbedringer. Alle disse faktorene er med på å påvirke rollen farmasøytisk industri har i et samfunn der stadig flere problemer forklares og forsøkes løst ved bruk av medikamenter. Dette får den konsekvens at mitt svar ikke blir et svar man kan sette to streker under, men det er fullt mulig å sette opp noen punkter som forteller noe om hvilken rolle industrien har og hvordan dette kommer til syne. (1) Deres rolle virker først og fremst å være en leverandør av medikamenter som er viktig for dagens samfunn. Rollen virker i stor grad være påvirket av mange ulike faktorer som presser bransjen inn i den rollen den virker å ha. Disse faktorene er regulering, lovverk, fremskrittstro, optimisme rundt teknologi, omorganisering i bransjen, press fra moderselskapene, offentlige aktører, befolkningens oppfattelse av bransjen, leger, sykehus og helseprofesjonen generelt. Dette fører til at farmasøytisk industri i Norge har en rolle som er under stadig endring og press fra mange ulike ståsteder og kontekster. (2) Videre virker farmasøytisk industri i Norge å ha en rolle som en som innebærer at de ønsker å påvirke hvilke medisiner som selges, hvilke terapiområder det skal fokuseres på, og hvordan disse medisinene skal fremstilles. Dette er en rolle som de i stor grad selv har påtatt seg gjennom markedsføringsstrategier de velger å følge. Dette har ført til at industrien i dagens samfunn har valgt å gå nye veier for å påvirke leger, sykehus og beslutningstakere innenfor helseprofesjonen. (3) Deres rolle i forhold til leger, som tidligere slått fast er en viktig del av hvilken rolle farmasøytisk industri har, virker å ha endret seg på grunn av deres endringen nevnt i (1) og (2). Deres rolle i dag ser ut til å være todelt: man ønsker å påvirke legene i en bestemt retning mot deres medikamenter, men endringer i påvirkningsstrategiene har ført til at viktigheten av legene har krympet, samtidig gir empirien uttrykk for at farmasøytisk industri fortsatt er en viktig informasjonskilde for legene. (4) Deres rolle i forhold til økning av medikamenters bruk og omfang samt sykdomsdefinisjoner ser ut til å være en aktiv rolle som søker definisjonsmakt for å få sin definisjon av den sosiale realiteten til menneskelige problemer inn under det medisinske behandlingsregimet. Noe som gjøres for å øke industriens fortjeneste og omfang.

6.6 Avslutning

Gjennom disse funnene vil jeg avslutningsvis i dette kapittelet rette søkelyset på forståelsen av dagens samfunn sett gjennom det teoretiske rammeverk til medikalisering og farmasøytikaliserings. Man finner mange indikasjoner på at samfunnet er inn i en medikaliseringens tidsalder gjennom Zola (1972), Illich (1976), Conrad & Schneider (1992), Løchen (1971) og Lian (2012) ser man at mange faktorer som peker i denne retningen sammenfatter med mine funn. Det spørsmålet man kan stille seg er om denne medikaliseringen har i større grad fått over i en farmasøytikaliserings som Abraham (2010) og Williams, Martin &

Gabe (2011) omtaler. Farmasøytisk industris rolle i dagens norske samfunn ser i stor grad ut til å omfavne disse dimensjonene ved farmasøytikaliserings gjennom at denne utviklingen jeg har presentert i denne studien er bevis på hvordan farmasøytikaliserings av samfunnet er i vekst og at den har videreutviklet seg fra medikaliseringens mekanismer. Som Abraham (2010) poengterer så har farmasøytisk industri vært en viktig drivkraft for medikaliseringen, men at industriens promotering og markedsføring operer utenfor rammene til medikaliseringen og derfor er det verdt å snakke om farmasøytikaliserings som noe som kan eksistere utenfor medikaliseringen, men dog ikke uten. På denne måten mener jeg at farmasøytikaliserings kan være noe det er verdt å snakke om når man skal omtale dagens helseprofesjon og samfunn. Gjennom en slik forståelse så hadde kanskje både Løchen (1971) og Zola (1972) rett i sine tidlige antakelser om at medisin er noe som er uendelig ekspanderende, noe som kan være en indikasjon på hva vi har i ventet i fremtiden.

7.0 Litteraturliste

Aase, T. H. & Fossåskaret, E. (2010). *Skapte virkeligheter – om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Abraham, J. (1995) *Science, Politics and the Pharmaceutical Industry*. London/New York: Routledge/St Martins Press.

Abraham, J. (2010). «Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions». *Sage Publications Sociology*, (44), 603.

Aftenposten (2011). *Trolig 400 i Norge er døde av Vioxx*. Hentet 09.06.2014 fra <http://www.aftenposten.no/helse/article955993.ece#.U5XaBCjcBZQ>

Braithwaite, J. (1984) *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*. London: Routledge.

Buljo, J. O. & Gjæver, T (2010). *Status og utfordringer for norsk farmasøytisk produksjon*. Trondheim: SINTEF.

Christensen, I. J. & Straand, J (2008). «Kvaliteten på legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (5), 128:555-7.

Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and medicalization – from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Dagens Medisin (2011). *Habilitetsstrid i blåreseptnemnda*. Hentet 20.03.2014 fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/habilitetsstrid-i-blaarseptnemnda/>

Dagens Medisin (2014). *Ulik praksis for botoxbehandling ved migrene*. Hentet 21.08.2014 fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/ulik-praksis-for-botoxbehandling-ved-migrene/>

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet 04.07.2014 fra <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2009). *Ansvar for den enkelte*. Hentet 04.07.2014 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Ansvar-for-den-enkelte/>

- Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2013). *Kvalitativ metode*. Hentet 04.07.2014 fra https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/#_Toc218496469
- Dumit, J. (2012). *Drugs for life – how pharmaceutical companies define our health*. London: Duke University Press.
- Felleskatalogen (2002). *Exforge HCT*. Hentet 01.09.2014 fra <http://www.felleskatalogen.no/medisin/exforge-hct-novartis-558931>
- Friedson, E. (1976). *Profession of medicine*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Frich, J.C. & Hofmann, B. (2009) Behov – sykdom uten grenser? I B. Wilmar, Bruusgaard, P. Frich, J. C. og P. Fugelli (red.), *Penger og verdier i helsetjenesten* (s. 54-67). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gabe, J. and M. Bury (1988) «Tranquillisers as a Social Problem», *SociologicalReview*, (36), 320–52.
- Goffmann, E. (1966). *Behavior in Public Places. Notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.
- Goldacre, B. (2012). *Bad pharma – How drug companies mislead doctors and harm patients*. London: Fourth Estate.
- Helsepersonelloven (1999). (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) nr. 64*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Høye, S & Hjortdahl, P. (2002). «Ny viduderpille! – hva skriver aviser om nye legemidler?», *Tidsskrift for den norske legeforening*, (122), 1671-6.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis – The expropriation of health*. New York: Random House, Inc.
- Johnson, G. (1990). *Once Again, A Man With A Mission*. Hentet 02.09.2014 fra <http://www.nytimes.com/1990/11/25/magazine/once-again-a-man-with-a-mission.html>
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Law, J. & Bijker, W. E. (1992). Postscript: Technology, stability, and social theory. I Bijker, W. E. & Law, J. (red.), *Shaping technology, building society – studies in sociotechnical change* (s. 290-308). Massachusetts: The MIT Press.

- Lazarou, J., Pomeranz, B.H. & Corey, P.N. (1998). «Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies», *The journal of the american medical association*, (279), 1200.
- Legemiddeloven (1992). (1994). *Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven) nr. 24*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Legemiddelstatistikk 2013: 1 (2013). *Legemiddelforbruket i Norge 2008-2012*. Hentet 13.04.2014 fra <http://www.legemiddelforbruk.no/>
- Legemiddelverket (2014). *Faser i legemiddelutvikling*. Hentet 15.05.2014 fra http://www.legemiddelverket.no/Godkjenning_og_regelverk/Klinisk-utproving/Legemiddelutvikling/Sider/default.aspx
- Lian, O.S. (2009). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I A.Tjora (red.), *Helsesosiologi – analyser av helse, sykdom og behandling* (38-61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lian, O.S. (2009). Medisinen – det falske markedet? I B. Wilmar, Bruusgaard, P. Frich, J. C. og P. Fugelli (red.), *Penger og verdier i helsetjenesten* (s. 39-53). Oslo: Gyldendal Akademisk
- LMI (2011). *Om LMI – medisinske framskritt for bedre helse*. Hentet 08.09.2014 fra <http://www.lmi.no/om-lmi>
- Lock, M. (2011). Medicalization and the naturalization of social control. I Ember C., & Ember, M. (red.), *Encyclopedia of medical anthropology – health and illness in the world's cultures*. Berlin: Springer-Verlag.
- Lupton, Deborah (1997) Foucault and the medicalisation critique. I A. Petersen & Bunton, R. (red.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.
- Løchen, Y. (1971). *Behandlingsamfunnet – sosiologisk essays om forholdet mellom medisin og samfunn*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Moynihan, R. & Cassels, A. (2005). *Selling sickness – how the worlds biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books
- Norsk helseinformatikk (2011). *Statiner*. Hentet 15.07.2014 fra <http://nhi.no/sykdommer/hjerte- kar/lakemedel/statiner-kolesterolsenkende-7206.html>

Norsk helseinformatikk (2014). *Brystimplantat med silikon*. Hentet 22.08.2014 fra <http://nhi.no/sykdommer/kirurgi/plastisk-kirurgi/silikonbrystimplantat-14693.html>

NOU 1997: 6: *Rammevilkår for omsetning av legemidler*, Helse og omsorgsdepartementet.

Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A., Walley, T., Farrar, K., Park, K & Breckenridge, A (2004). «Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients», *British Medical Journal*, (15), 329.

Rasmussen, K. (2009). Farmasøytisk industri – oppkjøp av hjernekraft og klinisk makt. I B. Wilmar, Bruusgaard, P. Frich, J. C. og P. Fugelli (red.), *Penger og verdier i helsetjenesten* (s. 221-229). Oslo: Gyldendal Akademisk

Retriever (Ingen dato). *Om oss*. Hentet 03.09.2014 fra <http://www.retriever-info.com/no/om-oss/>

Slørdal, L., Eggen, A.E & Rygnestad, T. (2012). «Interessekonflikter – en kunnskapsbasert tilnærming», *Tidsskrift for den norske legeforening*, (11), 1358-60.

Statistisk sentralbyrå (2010). *Befolknings størrelse og aldersfordeling*. Hentet 05.06.2014 fra www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa120/kap1.pdf

Store norske leksikon (2009). *Agentur*. Hentet 02.09.2014 fra <https://snl.no/agentur>

Store norske leksikon (2009a). *Farmakogenetikk*. Hentet 07.07.2014 fra <http://sml.snl.no/farmakogenetikk>

Store norske leksikon (2009b). *Iatrogene sykdommer*. Hentet 01.07.2014 fra http://snl.no/iatrogene_sykdommer

Store norske leksikon (2009c). *Psykofarmaka*. Hentet 05.09.2014 fra <https://sml.snl.no/psykofarmaka>

Straand, J. & Myhr, K. (2002). «Legemiddelfirmaavhengighet», *Tidsskrift for den norsk legeforening*, (5), 122-469.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2008). *Den moderne pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tjora, A & Sandaunet, A.G. (2010). *Digitale pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tørisen, H. M (2009). «Farmasøytisk industri i Norge – en historisk oversikt», *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, (1), 18-19.

Wadel, C. (1990). *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Flekkefjord: Seek.

Wester, K., Jonsson, A., Spigset, O., Druid, H. & Hagg, S. (2008). «Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study», *British Medical Journal*, (4), 573-579.

Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). «The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis», *Sociology of Health & Illness*, (33), 710-725.

Zola, I.K. (1972). «Medicine as an institution of social control», *Sociological Review*, (20), 487-593.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Intervjuguide – den farmasøytiske industri

Arbeidsproblemstilling: Hvilke rolle har den farmasøytiske industri i veksten av bruk av medisiner?

Hei, mitt navn er Marcus Venn Halseth og jeg kommer fra Institutt for Sosiologi og Statsvitenskap ved NTNU i Trondheim. Jeg jobber nå med min masteravhandling som handler hvilke rolle har den farmasøytiske industri i veksten av bruk av medisiner. Takk for at du stiller opp i dette intervjuet. Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke mekanismer som ligger bak den økte bruken av medisiner i hverdagen.

Prosjektet er godkjent fra NSD noe som betyr at alle forutsetninger for datalagring og anonymisering er godkjent. Det er frivillig å delta på dette intervjuet og du kan trekke deg når som helst. Er det greit at jeg bruker båndopptaker? Dette gjøres kun for å forenkle min oppgave med å bearbeide det du sier til meg, dette vil også hjelpe meg å gjengi det du sier med størst mulig korrekthet. Alt som du sier er konfidensielt og vil kun bli brukt av meg. Du vil være 100 % anonym i oppgaven, og all rådata vil bli slettet etter jeg har levert inn min oppgave.

Innledning

- 1.Hvilken tilknytning har du til farmasøytiske industri?
- 2.Hvor lenge har du jobbet innen industrien?
- 3.Hva slags utdanning har du?
- 4.Hva fikk deg til å velge en karriere innen dette feltet? Og eventuelt avslutte karrieren?
- 5.Hva slags forutsetning hadde du for å være med i dette prosjektet?

Hoveddel

Medisiners inntog på markedet

- 6.Kan du fortelle litt om hva slags prosess som ligger bak at et medikament kommer på markedet? (Hvordan kommer de ut på markedet)
- 7.Hvordan jobbes det i industrien? (Med tanke på perspektiver og synsvinkler på både markedet og individene, kapitalisme?)

8.Hvordan er forholdet mellom bedrifter innenfor bransjen? (Mye konkurranse, lik organisering, etikk, moral, yrkesstolthet, åpenhet?)

9.Hva avgjør for at et medikament kommer på markedet?

10.Hvilke faktorer er avgjørende for at et legemiddelfirma ønsker å få en bestemt type medisin inn på markedet?

11.Hvilke former for tester og utprøvelser gjøres på forhånd?

12.Hvor viktig er nettverk og nettverksdannelse for suksess innenfor bransjen?

13.Hvor viktig er arbeidet opp mot såkalte «policy-makers»? (hvordan jobber man opp imot de)

14.Er lobbyvirksomhet noe som er avgjørende for suksess innenfor bransjen?

15.Diagnoser er en nødvendighet for at medisiner skal eksistere. Hvordan jobber dere opp mot diagnosene? (Da tenker jeg på prosessen der diagnosen kommer til og samarbeid med for eksempel leger)

16.Det er ikke lov med direkte markedsføring av medisiner i Norge i dag, noe som betyr at mye av industrien er nødt til å jobbe mye opp imot leger. Hva synes du om denne ordningen? (greit at det er slik, evt andre måter?)

17.Det har vært en formidabel vekst i antall legemidler som finnes på markedet over en lengre periode nå, hva tror du årsaken til dette er? (Tror du folk har blitt sykere? Eller er det det fordi teknologien tillater det?)

18.(Slik jeg har forstått det er det å jobbe mot terapiområder en viktig del av jobben du har/hadde, hvordan jobbes det opp mot terapiområdene? (sykehusmedisiner (spesialister), general medisin (reseptmedisiner) altså RX))

Behov og interaksjon med leger

19.Mener du at alle medisiner som eksisterer på markedet i dag er nødvendige medisiner?

20.Eksiterer det et medisinskbehov for alle de type medisiner som eksiterer på marked i dag, eller tror du dette behovet er noe som er skapt av samfunnet?

21.Hva forteller dette behovet om samfunnet vi lever i?

22.Hvordan påvirker medias fremstilling av medisiner og sykdommer behovet? (Er media med på å skape dette behovet gjennom alt fokuset?)

23.Hva er viktig når man skal jobbe opp imot media? (sykdomshistorier, statistikk, fakta?)

24.Tror du man er for fokusert på helse i dagens samfunn? (Er det eventuelt noe som heter «for fokusert på helse»?)

25.Hvordan foregår et typisk besøk hos legene? (passiv vs aktiv lytter)

26.Hvordan oppfatter du legers rolle i denne sammenhengen? (lett påvirkelig, yrkesstolthet, tilbøyelig?) Variasjon mellom leger, og evt kategorier eller typer?

27.Føler du at legene snakker samme «språk» som deg? (altså at man interagerer på felles prinsipper, verdier og normer) variasjon

28. For meg fremstår det som om legemiddelindustrien har en viktig finger med i spillet på å utvikle nasjonale retningslinjer når det kommer til hvilken medisin som skal brukes, bør det være slik? (er det ikke et interesseproblem her, gjennom at man sitter i komiteer og råd? Premissleverandør?) eksisterer det skille som skal eksistere?

Ansvar og konsekvenser

29. Hvilket ansvar mener du legemiddelfirma har for økt bruk av medisin? Har de for eksempel likt samfunnsansvar som leger, sykehus og apotek med tanke på distribusjon og bruk?

30. Er ansvar rundt avhengighet og skader noe du mener legemiddelfirma må ta ansvar for?

31. Hvilke konsekvenser mener du økt bruk av medisin har? (Hvordan tenker man i bransjen rundt ansvars-spørsmålet?) gode og dårlige

32. Hvilke konsekvenser mener du det med at flere hverdagsproblemer blir definert som sykdom har? (Som for eksempel impotens, er det en god utvikling?)

33. Hvordan er forholdet føler du utviklingen innenfor industrien har vært? (i antall, bransjen utad osv)

34. Hvor stort fokus er det å gjøre moralske valg og opptre etisk? (lar bransjen markedet råde og tenker profitt, eller er det med å opptre på en redelig måte det viktigste?) mulige et ledende spørsmål men er ute etter hvordan bransjen jobber og tenker her.

35. Hvordan har utviklingen vært i bransjen vært? (mer kynisme? Lang og korte trekk)

36. Hvordan tror du folk oppfatter industrien? (populære, kyniske osv)

Avslutning

37. Er det noe, relatert til det vi har snakket om, som du vil tilføye?

38. Er det noe du ønsker å spørre meg om?

8.2 Vedlegg 2

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Fakultet for samfunnsvitenskap
og teknologiledelse
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Til informanter i undersøkelsen om hvilke rolle den farmasøytiske industri har i veksten av bruk av medisiner.

ANGÅENDE INTERVJUER OM DEN FARMASØYTISKE INDUSTRI

Jeg vil først og fremst takke deg for at du har sagt deg villig til å delta i min undersøkelse rundt den farmasøytiske industri. For ordens skyld overleveres dette brevet til deg i forbindelse med intervjuet for at du skal være informert om hva din deltakelse består i. Samt å gi deg et innblikk av hva mitt forskningsprosjekt går ut på.

Mitt navn er Marcus Venn Halseth og dette intervjuet vil være en del av min masteroppgave besvarelse som har innlevering i mai 2014. Oppgaven blir avlagt på NTNU Dragvoll, ved institutt for sosiologi og statsvitenskap.

Mitt prosjekt tar utgangspunkt i den farmasøytiske industris rolle i et samfunn der medisinske problemer blir behandlet i stor grad gjennom medisiner. Jeg ønsker å undersøke konsekvenser og mekanismer som ligger bak denne prosessen.

Intervjuene vil bli tatt opp ved bruk av diktafon, og deretter transkribert og anonymisert. Materialet (anonymiserte transkripsjoner) vil bli analysert i løpet av våren 2014. Intervjuet vil vare mellom 1-1,5 timer avhengig av informasjonsmengde. Dato for intervjuene vil bli fastsatt ved et senere tidspunkt i samråd med deg. Prosjektet er tilrådd av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste), som forvalter personvern i forbindelse med forskning.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg og kreve personopplysningene som er gitt anonymisert, uten å måtte begrunne dette nærmere. Kun jeg, Marcus Venn Halseth, vil ha tilgang til personidentifiserbare opplysninger. Intervjuene vil bli transkribert av meg selv og anonymisert før datamaterialet vil bli brukt videre, for eksempel i diskusjon med veileder. Jeg er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt. Resultatene av studien vil bli publisert nasjonalt, uten at den enkelte deltaker kan gjenkjennes. Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av mai 2014. Jeg vil informere deltakerne om publisering.

Har du spørsmål til undersøkelsen, ta kontakt direkte kontakt med meg, eller min veileder, professor Aksel Tjora (tlf 918 97 611), som er formelt ansvarlig for prosjektet.

Med vennlig hilsen
Marcus Venn Halseth
Tlf: 92898993
Epost: marcuh@stud.ntnu.no

8.3 Vedlegg 3

Liste over koder basert på datamateriale i HyperRESEARCH der brukte koder er markert i fet-skrift.

Alle er syke hvis man kjenner etter

Alle vil være perfekte

Allmenn opinion er vanskelig å snu

Alternativ medisinen er helt sykt uregulert

Alternativ medisinen har liten effekt derfor ikke så farlig

Alternativ medisinen har man liten kontroll på

Alternativ medisinen mangler dokumentasjon

Alternativmedisin og for mye fokus på helse blant folk

Andre bransjer skeptisk til oss

Andre tider før brukt mye tid på å forsvare dette

Ansatte i industrien byttelånes

Ansatte har tøffere krav

Ansvaret har blitt sentralisert

Ansvarsfølelsen stoppet ved å frembringe korrekt info til legene

Ansvarsfølelsen er større i industrien enn hva man tror

Ansvarsfølelsen stor i forhold til å trekke tilbake medisiner

Apotekene fikk ikke like gode marginer lengre

Apotekene har for mange legemidler til å ha kontroll

Apotekene kan ikke være eksperter på alt

Avhenger hvem du spør

Befolkningen negativ til industrien

Bekkemellem var døråpner til det politiske

Benefit i forhold til eksisterende viktig

Beslutningstakerene i systemet er det viktig å finne

Billigere legemiddel fordi de ikke har samme utgiftene

Bioingeniør og firmabeskrivelse

Blonde damer som var supersterke og smarte

Blåresept er alfa omega

Blåreseptnemndas leder sier han ikke ønsker å delta i saker vedrørende GSK

Bodde 12 år i Saudi-Arabia

Brand-manual

Branding av produkter er ikke lov men terapiområder er ok

Bransjen blitt mye mindre

Bransjen er mere pressende

Bransjen er tøff og jobbe i men vi redder liv

Bransjen sender masse reklamer til oss leger

Bransjen tjener på at vi tenker helse

Breakeven på år 5-6 pga lønnsutgifter

Bruksområde til et preparat forsøkes utvidet gjennom diagnose

Budsjett jobber man forskjellig med

Businessfilosofi og yrkesstolthet mer sentralt etter Bekkemellem

Bøter på 10.000 er et minuttts inntjening

Damen som skulle ha Pfizer

Diagnose er stadig viktigere å få

Diagnose vil man utvide gjennom indikasjoner

Diagnose årsak til vekst i legemiddel

Diagnosen prøver konsulentene å senke verdier for medisiner

Direkte markedsføring mot allmenheten fungerer bra

Direkte markedsføring mot allmennheten går ikke

Direkte markedsføring ville industrien tjent på

Direkte markedsføring mot allmenheten ville kanskje fungerte på noen terapiområder

Dirtybusiness foregår fortsatt

Dirtybusiness i Norge fungerer dårlig i lengden

Dirtybusiness var dominerende før

Effekt av et preparat viktig og gjerne flere på samme

Eldre befolkning og vekst i terapiområder årsak til økt legemiddelbruk

Elitedyrkning

Endringer skjer raskt i industrien

Er ikke sikkert det er blitt et virkestoff enda

Ettermiddagsmøte for å lanser et nytt produkt

Faderen var på tur til Røros med Pfizer

Faderens tur til Røros var en øyeåpner for meg

Faglig etterutdanning av leger ikke dårligere pga mindre kongresser pga de ikke deltok direkte i selve kursingen

Faglig etterutdanning på kongresser er spesielt viktig for nyutdannede leger

Faglig etterutdanning på kongresser ikke viktig for leger

Fagmiljøene er spennende og legene kan ikke sitte å lese i felleskatalogen

Fase 3-4 er man ute og markedsfører

Fasene 1-5 er en tidkrevende og lang prosess

Firma kjører på grensen til det etiske

Firmaene ikke interessert i pasienten men vil heller ikke ha dårlige produkter pga dårlig reklame

Firmaene må ta all risiko selv

Firsthousemøte med daværende helseminister

Folk er ikke for fokusert på helse medisinsk sett men sunnhet og kosthold

Folk har blitt flinkere til å lese seg opp på legemidler

Folks oppfatning er at det fortsatt er snuskete

Folks oppfatning trolig endret seg men tror vi er rike fortsatt

Fordommer mot legemiddelkonsulenter er mange

Forenkle hverdagen til legene handler møtene om

Foreskriv gjerne dyrere men ikke dårligere

Forutsetningen for å være med var at det er spennende

Få jenter før mange lærere og biokjemikere

Færre jenter som drev med dette før

Gjør litt research før du kritisere oss

Gjør noe med problemet selv

Gratisprøver på medisin populært blant leger

Gullalderen er over

Gyldentider og reguleringens inntog

Habilitet årsak til problemer i blåreseptnemnda

Habiliteten til nemda leder generelt inhabil

Habilitetens kompleksitet

Habilitetskonklusjon habil

Habilitetsproblemer forventes redegjort av hvert enkelt medlem

Hadde kanskje fått en mer ryddig bransje med spesialutdanning nå avhenger det av hvilket firma man kommer i

Handler om å gi av seg selv

Helse noe man ikke være fokusert nok på

Historien er full av legemidler som aldri burde vært på markedet

Idealisme er det lite av

Idelogien er borte for 100 år siden

Industrien behandler folk dårlig og få har sett det fra så mange sider som meg

Industrien blir fremstilt dårligere enn andre industrier

Industrien er i verstefall interessert at folk skal bli enda sykere

Industrien har få som går av med pensjon

Industrien har fått flere jurister og spesialister

Industrien kan ha vært med på å skape folkesykdommer

Industrien like andre industrier på mange måter

Industrien ser på trender i folket

Industrien skaper medisinbehovet særlig gjennom kopipreparatene

Industriens arbeid viktig selv på feil grunnlag

Industriens pågang på leger har blitt mindre

Informasjonsbrosjyrer hadde vært bra

Ingen vier oss oppmerksomhet og vi trenger det

Inntjening avhenger om et medikament kommer på markedet

Inntjeningen til de store firmaene synker pga kopipreparater

Innesluttethet passer ikke i denne jobben

Interessentanalyser hvor skal man påvirke?

Interessevekkere for å komme seg inn som konsulent på sykehusene

Internasjonale firma ikke en positiv innvirkning på bransjen i Norge

Jasmin og Trionetta saken

Jobben tiltrekker seg visse mennesketyper

Jobber nå med Parkinson

Kapitaldrevet bransje

Kapitaldrevet maskin som fortsatt er intakt

Kapitalistisk ikke rent men man skal tjene penger

Kapitalistisk på moderselskapenivå og hjelpe folk ligger på et individueelnivå

Kategorier med leger mulig men vanskelig

Kategorier med leger: innovatører og rutinerytterne

Keyopiniunleaders eksisterer i alle firma

Kongressekuttet taper leger på sykehusene mest på

Kongressene ble forbudt og da ble møter viktigere

Kongresser blitt dyrere for leger men kvaliteten har steget

Kongresser kan være både positivt og negativt avhenger av organisering

Kongresser ser jeg ikke noe negativt med

Kongresser sørger for at det er lettere å komme til legene

Kongressponsing er viktig for meg fordi der får legene fagligpåfyll

Kongressregelverk

Kongressreiseforbud er et bra tiltak

Kongressreiser er dyrt

Konkurransen avhenger av terapiområde

Konsekvenser for statskassen

Konsulentene har krympet derfor mere å gjøre

Kopipreparatene er freeraiders og kan være farlige

Kopipreparater ble sett ned på før

Kopipreparater er en todelt sak

Kopipreparater er like bra som original

Kopipreparater er noe legene er skeptisk til

Kopipreparater hvor mange trenger man egentlig?

Kopipreparater ikke noe jeg ville ha jobbet med

Kopipreparater jobbes det mye med i bransjen

Kopipreparater og metoos hensikt er at man skal kjøre dyrere medisiner

Kopipreparater trenger ikke være like bra som original

Kostbart og høy risiko å utvikle et legemiddel

Kvalitetssikring internt er viktig

Kynisme og salg fokuseres det veldig på i bransjen

Lars Slørdal måtte dra litt før møte

Lars Slørdal svar på måtte dra fra møte tidligere

Legebisøker blir bestemt av beviste salgsteknikker

Legebesøk mer intensivt før

Legebesøk preges av venting og derfor viktig og kartlegge behov

Legebesøk presenteres og så ulempene men mest fokus på fordeler

Legebesøk på sykehusene er vanskelig å få til

Legebesøk vanskeligere med eldre leger

Legebesøk varierer i tid og man har ofte med lunsj

Legebesøkene får man variert tid på og ofte mange på en dag

Legeforeningen har liten tyngde og legene er feige

Legemiddelkonsulenter utelater ikke informasjon men prøver å sende oss i en bestemt retning ofte feil retning

Legemiddelkonsulentene er veldig hissige på å fremme gode sider ved sitt produkt

Legemiddelkonsulentene har mindre innvirkningskraft enn hva de tror

Legemiddelkonsulentene har stor yrkesstolthet

Legemiddelkonsulentene var ressurser også

Legemiddelkonsulentens fremtid ser mørk ut

Legemiddelkonsulentens inngang er lunsjen

Legemiddelkonsulenter blir oppsagt og det er vanskelig

Legemiddelkonsulenter blir påvirket av miljøet

Legemiddelkonsulenter er kanskje en utdøende rase

Legemiddelkonsulenter snakker lite om bivirkninger

Legemiddelrådet ble opprettet for å rydde opp

Legemidler dyre å investere i dette fører til at enkelte områder ikke prioriteres

Legemidler har bivirkninger

Legemidler i Norge meget billig

Legemidler kommer til fra mange prosesser

Legemidler som er nye er noe jeg venter med å ta i bruk

Legemiddel kan bli tøyere for mye

Legemidler skal ikke koste noe i landet her

Legene ble mer restriktive på besøk etterhvert

Legene er det ofte de samme som sier ja til turer

Legene er lærevillig og kan ikke følge med på alt selv

Legene er nøytrale og nyansert ifht til industrien

Legene får vi ofte 10 min med på besøk

Legene har ikke noe du skulle ha sagt når pasientene krever

Legene sier vi er deres kompakte kunnskapsbase

Legene som typer var veldig forskjellige

Leger er generelt lite mottakelige for konsulenter

Leger er veldig opptatt av faget sitt

Leger foretrekker konkurrentens produkter

Leger forskrev dyre medisiner for å holde seg inne med de store firmaene

Leger kan være ignorant

Leger lett påvirkelig når jeg jobbet i MSD

Leger mer kritiske nå enn før

Leger og da særlig yngre er mer kritiske enn de eldre

Leger som samarbeider med industrien blir ikke uglesett så lenge det ikke er noen interessekonflikt

Leger som skrev Pfizer produkter for turene

Leger synes gratisprøver var bra

Legers tilbøyelighet til å foreskrive medisiner varierer

Lekkasjer oppdages og lobbyister leies inn

Lest annonse i Aftenposten og ble kalt inn på intervju

Leveringspress og løpe maraton i høye hæler

Ligger dyreforsøk til grunn og stopper ofte der

Lite toppstyrt og jantelov som regulerer i Norge

Livsstil det er vanskelig å komme ut av

LMI gikk jobben min ut på å motvirker reguleringene

Lobbyvirksomhet blitt viktigere fordi det hjelper

Lobbyvirksomhet en viktig del av bransjen

Lobbyvirksomhet i media

Lobbyvirksomhet i media er noe alle jobber med

Lobbyvirksomhet i media feks godmorgen Norge

Lobbyvirksomhet vil være viktig når det er snakk om refusjon på legemidlet

Lovreguleringen er viktig og bra

Lunsjreguleringer

Markedet er uforutsigbart

Makten ligger i forskrivningen

Man kommer i situasjoner der man må ta et valg

Media blir man påvirket av og da særlig gjennom allers og hjemmet

Media er sykliske og egentlig ikke så negative

Media får man med gjennom opinionsledere

Media har en ensidig fremstilling

Media jobber man mye med og har egne pr-folk

Media på laget er himmel

Media setter oss i dårlig lys derfor snakket jeg sjeldent om det

Media spiller en viktig rolle og industrien har et anstrengt forhold

Medias fremstilling av saker som ble lobbet ganske uskyldige

Medias fremstilling er provoserende

Medisin og kvinnehelse er spennende

Medisinbehovet er profittstyrt

Medisiner ikke alltid svaret

Medisiner mengde for mye

Medisiner som eksisterer er for mange men man må ha valgmuligheter

Medisiner som eksisterer trenger ikke være nødvendige

Medisinsk skolering ikke det viktigste for å lykkes som konsulent

Medisiner som eksisterer er for mange og kan forvirre

Meetoo effekten

Menneskene skaper firma

Miljøet er smittende å jobbe i

Moderselskapene store og ressurs sterke

Moderselskapene kreative og det ble større press

Moderselskapene og skandinaviske kontorene sliter med forståelse og kontrollerer oss

Moderselskapene presset ikke men slet med forståelsen

Moderselskapene sliter med å forstå norske lover

Moderselskapene styrer irriterende

Motivasjon for å være med på prosjektet

Mulighet for å komme seg inn på markedet kjapt uten forskning

Møter ikke vanskeligere etter reguleringen

Møter er verre å skaffe uten nettverk

Nemda opptrådte ulovlig

Nemdsleder utelate informasjon i nesten 1 år

Nemndsmedlemmer enige at leder er habil

Nettverk en viktig suksessfaktor

Nettverk og bruk av spesialister er viktig

Nice-tur med legene som kastet en sofa

Norwegian Council Cluster

Nye legemidler ikke lurt på kompliserte pasienter

Nytte og risikovurdering nødvendig til enhver tid

Opinionsledere viktig å ha med seg når man skal lanser et produkt

Oppdager ofte et molekyl som gir en effekt ved en tilfeldighet

Opplevs urettferdig at andre tar ekspertstemplet

Overregulert bransje

Pasientene driver meg ikke økonomien

Pasienter som er fornøyde er veien å gå

Pasientfokusert er noe man alltid må være

Patent kan tas 15 år før produktet kommer ut og har 7-10 år på å tjene det inn

Patentbeskyttelse er en lang prosess å skaffe

Patenter er ikke patenter

Patenttiden har ført til kortere inntjeningsstid

Polisymmakers viktig i varierende grad

Positive sider ved bransjen

Pr-byråer brukes opp imot media

Preparat som nesten ble tøyet for mye av legene

Preparater kan komme langt i utviklingen før de stoppes

Preparaters forbruk ønsker man å øke

Press fra skandinaviske leder som igjen var presset fra moderselskapet

Prestasjonsjag kilde til økt sykkelighet

Produktpakker lages for å lanser et produkt

Regionale sykehus er en døråpner

Regulert industri kanskje den mest

Relasjonssalg er gull verdt

Ressursrikt hjem og pappa var barnelege

Return on investment

Risikoprojekt å investere i legemidler

Samfunnet opplever kopipreparatene som billigere

Samfunnsnytte er noe jeg er opptatt av

Samfunnsnytte å behandle alle sykdommer

Samtale med legene på slutten av besøkene

Skandinaviske forskjeller mellom bransjene

SLV er en kjempebrems for markedsføring

SLV ikke vurdert leder habilitet

SLV stoppet diskusjonen om habilitet

Spennende prosjekt å være med på

Spennende med medisin og kvinnehelse

Spesialister mingler i sine kretser

Språk med legene ok pga av min bakgrunn

Språket blir en utfordringer når man begynner på et nytt område

Sterke personligheter som ikke passer som ansatt i bransjen

Store stygge ulven

Svenske sjefer utrolig selvhøytidelige

Sykdom ikke noe det blir mindre av

Sykdom takles dårligere i dagens samfunn

Sykehusene førende for hva som foreskrives

Sykere av alt presset og stresset

Teknologien stadig viktigere

Terapiområde utvidelse

Terapiområdene varierer i viktighet feks antibiotika

Texastiden

Tilfeldighet at jeg ente opp i industrien

Tillit fra leger viktig

Todeltsvar ifht markedsføring av legemidler mot allmenheten

Tøye grenser er fortsatt viktig for firmaene

Undersøkelse om prevensjon

Utviklingskostnadene er store

Valgte ikke blodtrykksmedisin pga knivingen på området

Var med på å gi jenter mellom 16-19 gratis p-piller

Vekst i antall legemidler pga av mer fokus på diagnose

Vekst i antall legemidler pga nye behandlingsmetoder vil ikke fortsette slik

Virkestoffet er det viktigste

Webbasert tilnærming er noe det dreier seg mot

Websyke tror jeg har spredt seg i befolkningen

Yrkesstolthet og idealisme blant leger som skapes allerede i studiene

Åpenheten er ikke så stor men trivelig med kolleger

Åpenheten rundt firmaene er større nå

Åpne møter

8.4 Vedlegg 4

Tilbakemelding NSD

Aksel Tjora
Institutt for sosiologi og statsvitenskap
NTNU Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 24.01.2014

Vår ref: 37068 / 2 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>37068</i>	<i>Hvilke rolle har den farmasøytiske industri i veksten av bruk av medisiner?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Aksel Tjora</i>
<i>Student</i>	<i>Marcus Venn Halseth</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal
Hildur Thorarensen
Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marcus Venn Halseth marcus_venn@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 37068

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.