

# Legemiddelindustrien i Norge: kapitalister eller idealister?

*En studie av et legemiddelfirmas opplevelse av egen situasjon*

**Silje Hansen Kjenseth**



Masteroppgave i sosialantropologi ved sosialantropologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2008

*“Outside the significance that man voluntarily attaches to certain conditions, there are no illnesses or diseases in nature. What, are there no disease in nature? Are there no infectious and contagious bacilli? Are there no definite and objective lesions in the cellular structures of the human body? Are there not fractures of bones, the fatal ruptures of tissues, the malignant multiplications of tumorous growth? Are not these, surely, events of nature? Yet these, as natural events, do not – prior to the human social meanings we attach to them – constitute illnesses, sicknesses, or diseases. The fracture of a septuagenarian’s femur has, within the world of nature, no more significance than the snapping of an autumn leaf from its twig: and the invasion of a human organism by cholera-germs has no more the stamp of illness than does the souring of milk by other forms of bacteria.”*

Sedgwick (1981:120-121)



## Sammendrag

Avhandlingen baseres på et 6 måneders feltarbeid i legemiddelbedriften Schering-Plough, avdeling Remicade. Utgangspunktet er at gjennom et argument om at medisin kan ses på som vår tids religion (McGuire, 1997), gir legemiddelet en stor makt. Legemiddelindustrien som produsenter av legemiddelet og staten som lovregulerende kraft som legger føringer for legemiddelindustriens virke, kjemper om å inneha mest mulig kontroll over produksjon og bruk av legemidler. Media legger press på kampen gjennom diskusjon og kommentar. En del av diskusjonen bunner i legemiddelindustriens plass i samfunnet og hvordan den blir fremstilt og på hvilken måte dette påvirker de som arbeider i næringen. Samtidig vil jeg i den sammenheng ta for meg mine informaners oppfatning av sitt eget virke og sin egen industri. På grunnlag av mine informaners opplevelse kan jeg ikke kategorisere legemiddelindustrien i Norge som verken kapitalister eller idealister.

Studien er hovedsaklig delt i fire deler: makt i medisinen, makt på mikronivå, makt i strukturer og hvordan aktører bruker makt. Den første delen viser at legemiddelet i seg selv innehar stor makt ved å være legens verktøy og noe konkret som gir oss handlingsmuligheter ved sykdom. Den andre delen viser hvordan relasjonene mellom legemiddelindustrien og helsepersonell er bygget opp, og hvordan makt ligger implisitt integrert i relasjonene (Weber, 1971). Den tredje delen viser hvordan makt finnes i mer eller mindre eksplisitte lovreguleringer av industrien og hvordan mine informanter av staten blir utsatt for en type usynlig påvirkning de ikke er klar over (Foucault, 2000). Den siste delen viser hvordan media og legemiddelindustrien bruker den makten de besitter for å definere legemiddelindustriens plass i samfunnsdebatten.

Studien viser hvordan maktrelasjoner mellom legemiddelindustrien, helsepersonell, myndigheter og media er bygget opp, og hvordan de ulike aktørene bruker sin makt for å utøve og oppnå mest mulig makt ovenfor de andre aktørene. Studien benytter

---

teorier om makt og ulike definisjoner av helse og sykdom, kombinert med nyere teorier om kommunikasjonsadferd i moderne samfunn.

## Forord

Et feltarbeid, et tema og en bedrift har satt seg i kroppen. Oppturer og nedturer har fått sin plass, jeg er sliten, men fornøyd. Min eneste bekymring er at min avhandling kun dekker en liten del av et spennende, utforsket og viktig tema.

Legemiddelindustrien i Norge er i stadig vekst, men holdningene til den er delte.

Viktigheten av den kan imidlertid ikke fornektes. Min avhandling dekker en liten del av denne gigantiske industrien. Mitt håp er at jeg bidrar til diskusjon, synliggjøring og interesse for temaet.

Min oppgave er en oppfordring. En oppfordring til å undre seg over, irritere seg over og glede seg over samfunnsdebatter. En oppfordring til å ikke gi opp. Men mest av alt; en oppfordring til antropologer om å ville se betydningen av å studere utradisjonelle temaer innen antropologien. En oppfordring om å tørre, følge magefølelsen, og sitte stolt igjen med vissheten om å ha prøvd, uansett utfall. En oppfordring om å se alle sider av en sak, og se alle parter i en konflikt, også de upopulære partene. Jeg har prøvd! Jeg har feilet og lykkes underveis, men er uendelig stolt av resultatet.

Min største takk går til alle mine informanter. Dette er også deres oppgave, den kunne ikke blitt til uten dere. Takk til Schering-Plough samlet med Frode i spissen, og spesielt Katharina og Thor-Even. For at dere turde å satse på meg, for at dere var villige til å vise meg innsiden i deres firma, og for alt dere har investert i mitt opphold. Takk til alle ansatte på Remicade, som ikke på noe tidspunkt har lest, diskutert eller vært kjent med noen deler av oppgaven, men lot meg få fullt spillerom. Jeg gledet meg til jobb hver dag!

Tusen takk til min veileder, Rune Flikke. Du har kommet med uendelige mange kreative, hjelpsomme og akademiske innspill. Du har guidet meg gjennom jungelen av litteratur, og satt meg på plass når jeg har blitt for oppspilt og engasjert. Dine tanker og våre diskusjoner har vært av uvurderelig betydning for meg.

Takk til Andreas, Christian og Alex for datahjelp, fruktbare innspill og opphetede diskusjoner inn i de sene nattetimer.

Takk til min kjære Lars som har gitt meg rom til å leve i min egen antropologiverden de siste to årene. Som ikke har klagd over sene kvelder eller kryptisk legemiddelspråk, som av ren høflighet har ledd av Tor Martin og mine antropologispøker, og som har heiet på meg når jeg ville gi opp. Takk til pappa for alle praktiske tjenester i forbindelse med oppgaven, for diskusjoner og innspill, og for å ha gitt meg en moden sosiologs syn på mine tolkninger og forslag. Til slutt takk til verdens beste mamma for korrekturlesning, klemmer, mange virkelighetssjekker, kakao og oppmuntring.

Mine data er hovedsakelig samlet inn fra en periode på 6 måneder, våren 2007. Mine analyser bygger på hendelser og samtaler under feltarbeidet, og i tillegg et antall dokumenter. Alle mine informanter i Schering-Plough er anonymisert i henhold til krav fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Oslo, mai 2008

Silje Hansen Kjenseth





---

# Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>SAMMENDRAG .....</b>                                  | <b>4</b>  |
| <b>FORORD .....</b>                                      | <b>6</b>  |
| <b>INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>                         | <b>9</b>  |
| <b>1. INNLEDNING .....</b>                               | <b>13</b> |
| ”TILLITTSSPILLET” .....                                  | 13        |
| INNLEDNING .....   | 15        |
| TEMA OG PROBLEMSTILLING .....                            | 16        |
| MOTIVASJON FOR OPPGAVEVALG OG ANTROPOLOGISK BIDRAG ..... | 17        |
| KORT OM LEGEMIDDELINDUSTRIEN I NORGE.....                | 18        |
| KORT OM KONFLIKTEN MED ANDRE PARTER.....                 | 20        |
| MAKT OG OPPSETT AV OPPGAVEN .....                        | 25        |
| <i>Forskning innen makt</i> .....                        | 25        |
| <b>2. SCHERING-PLOUGH .....</b>                          | <b>29</b> |
| HISTORIE .....   | 29        |
| SCHERING-PLOUGH I 2007 .....                             | 30        |
| MITT MØTE MED KONTORENE OG MENNESKENE PÅ FOSSUM.....     | 30        |
| OPPLÆRINGSFASEN .....                                    | 33        |
| MINE INFORMANTER.....                                    | 34        |
| REMICADE .....   | 39        |
| <b>3. METODE .....</b>                                   | <b>41</b> |
| TILGANG OG FREMGANGSMÅTE.....                            | 41        |
| DELTAGENDE OBSERVASJON .....                             | 43        |

---

|   |           |
|---|-----------|
| FELTARBEID I EGET SAMFUNN .....                                       | 44        |
| FENOMENOLOGI.....   | 47        |
| ETIKK OG ANONYMITET .....   | 49        |
| <b>4. MAKT I MEDISINEN .....</b>                                      | <b>51</b> |
| LEGEMIDDELETS MAKT.....   | 51        |
| EN INNLEDNING .....   | 52        |
| OBJEKTIVISERINGEN AV DEN MEDISINSKE KROPPEN .....                     | 54        |
| LEGENS MAKT OG PASIENTENS AVMAKT.....                                 | 55        |
| LEGEMIDLER OG LEGEMIDDELINDUSTRIEN I ANTROPOLOGIEN.....               | 55        |
| HVA HAR JEG VIST MED MAKT HER? .....                                  | 65        |
| <b>5. MAKT I RELASJONER .....</b>                                     | <b>68</b> |
| SÅNN SOM I GAMLE DAGER.....   | 68        |
| TEORI .....   | 69        |
| LEGEMIDDELINDUSTRIFORENINGEN - LMI .....                              | 74        |
| LEGEMIDDELINDUSTRIENS AVTALER MED ANDRE PARTER.....                   | 75        |
| BARE EN SELGER.....   | 76        |
| “DET SKAL LITE TIL FOR Å BLI PÅVIRKET” .....                          | 77        |
| HVA HAR JEG VIST MED MAKT HER? .....                                  | 78        |
| <b>6. MAKT I STRUKTURER.....</b>                                      | <b>80</b> |
| “NOEN MÅ JO TA DEN JOBBEN...” .....                                   | 80        |
| TEORI .....   | 81        |
| STATENS VELFERDSPOLITIKK OG INNVIRKNING PÅ LEGEMIDDELINDUSTRIEN ..... | 83        |
| LEGEMIDDELPOLITIKKENS AKTØRER .....                                   | 85        |
| <i>Myndighetene</i> .....   | 85        |

|   |            |
|---|------------|
| <i>Legemiddelindustrien</i> .....                               | 87         |
| <i>Legemiddelimportører og grossister</i> .....                 | 88         |
| <i>Apotek</i> .....   | 88         |
| <i>Legene</i> .....   | 89         |
| <i>Pasient – og brukerorganisasjoner</i> .....                  | 90         |
| <i>Media- og lobbyorganisasjoner</i> .....                      | 90         |
| MYNDIGHETENES BLIKK MOT FREMTIDEN .....                         | 91         |
| SAMSPILLET MELLOM LEGER OG INDUSTRI .....                       | 93         |
| MØTE MED HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (HOD) .....             | 97         |
| SCHERING-PLOUGHS HOLDNING TIL STATEN .....                      | 100        |
| HVA HAR JEG VIST MED MAKT HER? .....                            | 101        |
| <b>7. HVORDAN MAKT BRUKES</b> .....                             | <b>104</b> |
| “NÅ GÅR DET MOT LYSERE TIDER” .....                             | 104        |
| TEORI .....   | 105        |
| MEDIA .....   | 107        |
| <i>”Venstrevridningsdebatten” i norske medier</i> .....         | 107        |
| <i>Pressens manglende kunnskap om helse og legemidler</i> ..... | 110        |
| <i>Legemiddelindustrien i lommene på media?</i> .....           | 115        |
| “DÅRLIGE NYHETER SELGER MER ENN GODE” .....                     | 117        |
| HVA HAR JEG VIST AV MAKT HER? .....                             | 118        |
| <b>8. KONKLUSJON OG OPPSUMMERING</b> .....                      | <b>120</b> |
| <b>KILDELISTE</b> .....   | <b>127</b> |
| <b>9. APPENDIX 1</b> .....                                      | <b>132</b> |
| GODKJENTE INDIKASJONER FOR REMICADE .....                       | 132        |

---

|  |            |
|--|------------|
| <i>Crohns sykdom</i> .....   | 132        |
| <i>Ulcerøs kolitt</i> .....  | 133        |
| <i>Revmatoid artritt (leddgikt)</i> .....                                    | 134        |
| <i>Ankyloserende spondylitt (Bektherevs sykdom)</i> .....                    | 135        |
| <i>Psoriasisartritt</i> .....  | 136        |
| <i>Psoriasis</i> .....   | 136        |
| <b>10. APPENDIX 2</b> .....  | <b>137</b> |
| INTERVJUGUIDE/SJEKKPUNKTLISTE TIL USTRUKTURERTE INTERVJU OG SAMTALER .....   | 137        |
| <b>11. APPENDIX 3</b> .....  | <b>138</b> |
| AVTALER MELLOM DEN NORSKE LÆGEFORENING OG LEGEMIDDELINDUSTRIFORENINGEN ..... | 138        |
| <i>Samarbeid med regionale helseforetak</i> .....                            | 138        |
| <i>Samarbeid med legestanden</i> .....                                       | 139        |

## 1. Innledning

### ”Tillittsspillet”

Det første møtet jeg var på noensinne som ansatt i avdeling Remicade, var et avdelingsledermøte på Østlandet. Disse møtene blir til ved at produktspecialistene får innspill fra sine møter landet over fra helsepersonell om at det er ønsket, samtidig som Schering Plough gjerne vil holde disse møtene for å presentere produktene sine og gi oppdateringer og ny informasjon om disse produktene. Deretter setter man sammen en faglig program for dagen, og inviterer helsepersonell til å delta. Dette møtet skulle være kun for avdelingsledere, og på denne måten fikk alle lederne delta på og bli kjent med hvordan ting gjøres på andre sykehus enn sitt eget. Dette ble gjort ved at en representant for hvert av de deltagende sykehusene holdt korte foredrag om antall sengeplasser, antall ansatte, bemanning, nedskjæringer og rutiner ved bruk av Remicade. Etter dette fulgte en åpen diskusjon om bruken av Remicade, og i tillegg ble Remicade presentert kort av en representant for Schering-Plough.

Min rolle på dette møtet var som ”stille representant” for Schering-Plough. Dette var et av møtene i løpet av feltarbeidet der jeg fikk være med som observatør, selv om jeg ikke skulle delta på noen måte. Ved begynnelsen av møtet, da Schering-Plough ønsket velkommen, ble jeg presentert som ”den medisinske antropologen Silje som skal jobbe for Schering-Plough i 6 mnd fordi hun skal skrive oppgave om legemiddelindustrien”. Måten jeg ble presentert var meget positivt ladet, og det fjernet den eventuelle dårlige stemningen som jeg på forhånd var redd for skulle dukke opp på mitt første møte med helsepersonell. Jeg var redd for at noen skulle være skeptiske til meg og at jeg skulle overspile min rolle som antropolog som utførte deltagende observasjon, men dette skjedde aldri. Dette var den første gangen i løpet av mitt feltarbeid der jeg følte min tilstedeværelse i Schering-Plough var et taktisk grep i regi av Schering-Plough. Dette spillet gikk ut på å vinne tillit. Og tilliten ble vunnet ved å vise at man ikke hadde noe å skjule. Ved å ta meg inn og vise

meg deres verden, viste de verden utenfor at de ikke var redde for offentligheten. Men dette plaget meg aldri, og jeg konfronterte aldri mine informanter med mine tanker rundt dette. For det første tror jeg aldri noen ville sagt noe hvis det faktisk hadde vært et spill, og for det andre hadde jeg aldri noen problemer med at jeg ble brukt og jeg er heller ikke sikker på om dette var tilfellet. Jeg så heller på det som et forhold mellom Schering-Plough og meg der begge parter måtte tjene på den heller spesielle situasjonen for at vi i det hele tatt skulle ha et forhold. Situasjonen jeg snakker om er den at et legemiddelfirma tar inn en antropolog for å skrive en oppgave om noe de overhodet ikke kan vite på forhånd om de kommer til å få noe ut av. Men det endte med at jeg fikk gjøre feltarbeid i bedriften og Schering-Plough vant ”tillitsspillet”. En vinn – vinn situasjon for begge parter.

Da dagen begynte var stemningen litt trykket. De fleste snakket med lav stemme og nikket pent til de andre deltakerne. Men produktspesialistene fra Schering-Plough sørget for å snakke litt med alle, og også sette helsearbeidere fra forskjellige sykehus i kontakt med hverandre. Utover dagen var stemningen mye løsere, og alle snakket med alle. Det slo meg at dette var akkurat som første skoledag på ungdomsskolen. Ingen tør helt å snakke med noen, alle er nervøse og sjenerte, men plutselig bryter den utadvendte gutten eller jenta i klassen inn og letter stemningen. I dette tilfellet var den utadvendte gutten en av produktspesialistene. I tillegg til å sitte på all kunnskap rundt produkt og all medisin som kan være relevant i forhold til produktet, må produktspesialistene være selger til det ytterste. De må ha gode sosiale evner og kunne snakke med hvem det skulle være. På alle møtene jeg har deltatt på har produktspesialisten i tillegg til å være eksperter på produktet også fungert som ”sosiale meglere”. De sosiale meglerne sørget for at alle kom overens med hverandre, at alle hadde noen å snakke med og at gruppen fungerte som en.

Det mest interessante for meg på dette møtet var imidlertid lunsjpausen. En helsearbeider, som hadde holdt et foredrag på møtet, havnet ved siden av meg under lunsjen. Vi begynte å diskutere foredraget, og jeg fortalte litt mer inngående om hva oppgaven min skulle handle om, og hva jeg faktisk gjorde hos Schering-Plough.

---

Mens jeg snakket begynte jeg å føle meg mer og mer usikker på han, for hele kroppsspråket hans sa at han synes det var en ukomfortabel situasjon. Hvorfor, ble jeg aldri sikker på under samtalen, for han avsluttet hele samtalen ganske kjapt med et slående innlegg. Han lente seg litt nærmere meg og sa med lav stemme:

Greit, legemiddelindustrien får ikke lov til å utdanne helsepersonell eller bruke penger på dem, men på de avdelinger på et sykehus som er avhengig av teknologi er smøreturer og ”seminarer” til utlandet betalt av teknologigiganter lov! Der finnes det ingen regler. Synes du det er riktig?

Etter dette snudde han seg mer eller mindre bort fra meg og startet en samtale med en annen ved bordet.

Jeg skjønnte aldri hvorfor han skulle fortelle meg dette på en måte som om han fortalte meg noe hemmelig. Men det jeg tolket ut av situasjonen var at han for det første hadde et godt forhold til legemiddelindustrien, for det andre at han synes det var urettferdig at andre industrier kunne holde på på den måten, bare ikke legemiddelindustrien, og for det tredje at i det hele tatt snakke om dette var noe en helsearbeider helst ikke skulle gjøre.

## Innledning

I dette kapittelet vil jeg gi en kort innføring til emnet mitt; maktforholdet mellom legemiddelindustrien, media og staten, og hvordan dette oppleves av ansatte i Schering-Plough. I forrige avsnitt ga jeg en liten smakebit på et typisk case som var med på å forme mitt hovedfokus under feltarbeid og senere ved utformingen av oppgaven. Dette kapittelet vil først ta for seg mitt tema og min problemstilling mer inngående. Deretter vil jeg vise til hvor min motivasjon er hentet fra og hvilket bidrag jeg kan tilføre antropologien. Så vil jeg gi en kort innføring til legemiddelindustrien i Norge, med fokus på fakta, for å gi en bakgrunn til hvilken industri mine informanter handler innenfor. En nest siste del vil vise et case som vil fungere som en introduksjon til maktkampen mellom legemiddelindustrien, media og staten. Temaet er introdusert tidlig i oppgaven for å kunne gi leseren en bredere forståelse for emnet.

Den siste delen i kapittelet tar for seg det videre oppsettet av oppgaven og hvordan jeg har valgt å utforme den.

## Tema og problemstilling

På grunn av lovverket vi må jobbe etter, og kontakten med allmennheten vi ikke får lov til å ha, blir vi tvunget bak lukkede dører. Men folk liker ikke lukkede dører og hemmeligheter, og da gjetter de på at det skjer noe skummelt bak de dørene, og plutselig er vi gjort til slemme kapitalister. Så etter å ha opplevd dette en rekke ganger, tror jeg jeg snakker på vegne av mange når jeg sier at vi mistenkeliggjør de som ikke er en del av oss...vi tror det er ute etter oss.

Patrick, legemiddelkonsulent

Hvorfor medisin og legemidler innen antropologien har tatt opp så mye av min oppmerksomhet og min interesse, bunner i en søken etter å finne ut hvorfor vi kan stole blindt på en pille. Hvorfor er det så lett for oss å ta valget om å bruke en medisin, men så vanskelig for oss å velge hva vi skal spise til middag eller hvor vi skal reise på ferie? Noe i vårt samfunn har klart å integrere en slik holdning til legemidler og legen i oss. Mitt valg av oppgave startet med å utforske om denne integreringen av holdning til legemidler, var tidenes mest storslåtte PR – stunt, utført av legemiddelindustrien over tid. Og stuntet måtte da i tillegg ha foregått rett fremfor nesene våre, men uten at vi hadde fått det med oss. Ideen og undringen utviklet seg. Hvem er egentlig menneskene som jobber i legemiddelindustrien? Hva er det de gjør? Er de mer kyniske og kapitalistiske enn mennesker som jobber i andre bransjer?

Ut i fra disse spørsmålene jeg undret meg over, kom følgende problemstilling til overflaten; hvordan oppfatter ansatte i legemiddelindustrien sin egen industri, sine egne arbeidsmetoder, andre parter de må samhandle med eller mot, og hvordan legitimerer de sitt eget virke?



---

## Motivasjon for oppgavevalg og antropologisk bidrag

McGuire har hevdet at medisin er vår tids religion (McGuire, 1997:kap.2). Hun nevner fire aspekter som er kjennetegnende for religion, men som også gjør seg gjeldende for medisin; 1) det er et forsøk på å fortolke det ukjente og kontrollere det ukontrollerbare, 2) det finnes en personifisering av menneskelige idealer, 3) det integreres i kulturen og det legitimerer det sosiale systemet, og 4) det er et forsøk på å ordne opp i menneskelivets ytterste problemer. Og medisin har, som religion, sosiale, kulturelle, psykologiske og metafysiske implikasjoner. Effekten av et legemiddel kan derfor ikke reduseres til dets kjemiske substans. Legemidler berører mennesker så intimt som mat og kroppsdekorasjoner kan gjøre, og legemidler kan i mange tilfeller definere hvem du er, at du er og hvor du hører hjemme. En medisin, selv før den er brukt, kan være mer overbevisende enn ord. Vi har i det vestlige samfunn lagt vår lit til biomedisinen (Van der Geest, Whyte, Hardon, 1996:167).<sup>1</sup> Hvorfor har medisin og legemidler blitt tatt for gitt i vårt vestlige samfunn? Hvordan kan det rettferdiggjøres å forske på at en heksedoktor i et eksotisk land gir spennende urter til en i stammen, mens det ikke er ”ekte” antropologi å se på hvorfor vårt samfunns heksedoktorer, legemiddelindustrien og legene, gir sine ”urter” til pasienter? Den kulturelle effekten i legemidler ligger i dens evne til å bære mening. En sykdom blir ofte definert etter hvordan den kan behandles, og om den kan behandles i det hele tatt. Et legemiddel kan da bære meningen til en hel sykdom i seg. Når legemidlene fungerer på pasienten gir det seg metafysiske konsekvenser på den måte at legen og pasienten ser at det de trodde om naturvitenskap og biomedisin faktisk stemmer. Dette bekrefter deres verdenssyn, deres virkelighetsforståelse, og deres ”religion” (G, W, H, 1996:168-169).

Det er lettere for en lege å tilfredsstille en pasient med legemidler enn med ord. Legemidler blir sett på som essensen av vestlig biomedisin, og en lege som ikke skriver ut medisiner, blir sett på som en kulturell avviker. Så selv om den foretrukne behandling ville være å unngå medisiner, vil legen i mange tilfeller likevel skrive det

---

<sup>1</sup> Heretter referert til som G, W, H, 1996.

ut for å berolige en pasient. Men ikke minst løser legen sine egne problemer også. Det er ventet at legen skal gjøre pasienten frisk, og for pasienten innebærer dette som oftest bruk av et legemiddel. Så ved å gi pasienten et legemiddel, har legen også oppfylt sine krav til det å være lege. Han eller hun har fysisk gjort noe (G, W, H, 1996:160).

I den vestlige verden blir selvmedisinering ved hjelp av legemidler også oppfordret av myndighetene. Ved slik bruk blir helsevesenet avlastet, og det betyr mindre økonomiske utgifter for staten. For brukerne av medisiner kan dette føles som en mulighet til å få større kontroll over egen kropp og helse. Legemiddelindustrien når ved hjelp av dette sitt legitime mål: tjene mer penger. Situasjonen er rent teoretisk sett en vinn - vinn situasjon for alle parter (G, W, H, 1996:165). Her nærmer jeg meg kjernen av min motivasjon og fascinasjon for temaet. For legemiddelindustriens legitime mål er nettopp å tjene penger. Hvorfor neglisjerer da fortsatt antropologien denne industrien? Hvorfor er det slik at offentligheten har et negativt bilde av industrien?

Legemidler påvirker direkte våre oppfatninger og opplevelse av kroppen (Scheper-Hughes og Lock, 1987). Gjennom sin evne til å helbrede, hjelper legemidler til å kunne takle sykdom og helse, både hos syke og friske. Legemidler har en eksistens langt utover deres utløpsdato og virkemiddel. Menneskene bak en slik mektig påvirkende kraft i samfunnet, fortjener antropologisk oppmerksomhet. Min oppgave er et forsøk på å gi dem noe av denne oppmerksomheten.

## Kort om legemiddelindustrien i Norge

Den totale legemiddelomsetningen i Norge var i 1980 på 4,4 milliarder kroner. Denne omsetningen var i 2006 økt til 16,4 milliarder kroner. Økningen kan skyldes en rekke faktorer; flere legemidler har blitt tatt i bruk, vi er mer opptatt av helse, og hvilke sykdommer som behandles med legemidler har økt. Omsetningsveksten per innbygger har som et utslag av dette da også økt fra 1980 på 1088 kroner i snitt per

---

innbygger, til 3534 kroner per innbygger i 2006. Imidlertid har antall brukte kroner per innbygger holdt seg stabil de siste 5 årene. Fra 2005 til 2006 var det en realreduksjon i antall brukte kroner per innbygger på 1,2 %. I volum (DDD<sup>2</sup>) har omsetningsveksten også falt de siste årene, fra 8 % i 1999 til 4,1 % i 2006. I omsetning er legemidler mot leddgikt, høyt kolesterol og reflukssykdom på topp i 2006. Reseptpliktige legemidler utgjorde 88,3 % av den totale omsetningen målt i apotekenes utsalgspris. Veterinærmedisinske legemidler hadde en totalomsetning på mellom 400 og 500 millioner kroner i 2005. Legemidler til akvakultur og oppdrettsnæring utgjorde den største delen av omsetningen (Tall og fakta, 2007).<sup>3</sup>

Utgifter til helseformål utgjør stadig en økende andel av de totale offentlige utgifter. Legemiddelutgiftene har frem til for få år siden hatt samme veksttakt som de øvrige helseutgiftene, men viser nå en fallende tendens. Legemiddelutgiftene utgjorde i 2006 9,2 % av de offentlige helseutgiftene. Fra 2000 til 2006 har prisene på legemidler i gjennomsnitt sunket med 2,3 %, mens konsumprisindeksen har steget årlig med 2 %. Dette innebærer en årlig realprisreduksjon på 4,4 % (Tall og fakta, 2007).

I 2005 brukte legemiddelindustrien i underkant av 1 milliard kroner på forskning og utvikling. Totalt 19 000 norske pasienter deltok i kliniske utprøvinger dette året. 9 legemiddelfirmaer produserer legemidler i Norge. Det kom 47 nye virkemidler på markedet i 2006. Det fantes totalt 2551 legemidler på det norske markedet, disse var fordelt på 1414 virkestoffer. 20 virkestoffer ble derimot trukket fra markedet (Tall og fakta, 2007).

Sammenlignet med de aller fleste land i Europa og med OECD-landene er legemiddelkostnadene i Norge lavere enn gjennomsnittet og lavest i Norden. De totale legemiddelkostnadene i Norge blir finansiert ved både offentlig utlegg og privat finansiering. Utgifter i forbindelse med utskrivning av legemidler på blå resept og legemidler brukt ved sykehus og sykehjem står for cirka 2/3 av de totale

---

<sup>2</sup> DDD er en forkortelse for definert døgndose. Denne dosen indikerer normert inntak av et gitt legemiddel i løpet av et døgn.

<sup>3</sup> Tall og fakta er en årlig utgitt publikasjon fra Legemiddelindustriforeningen. Publikasjonen er en statistikk-samling.

kostnadene og disse dekker staten. Reseptfrie legemidler, reseptpliktige legemidler på hvit resept og egenandel på blå resept blir dekket ved private utlegg av hver enkelt pasient (Tall og fakta, 2007).

## Kort om konflikten med andre parter

Gjennom et søk på internett fant jeg en interessant artikkel skrevet av Kim Hannisdal om forholdet mellom legemiddelindustrien og media.<sup>4</sup> Jeg fant ut at Hannisdal på dette tidspunktet jobbet i konsulentfirmaet Burstons Marsteller, og sendte han så en epost med forespørsel om en uforpliktende samtale. Allerede to dager etterpå fikk jeg et møte med han, og møtte opp på kontorene til Burstons Marsteller på Sjølyst i Oslo. Min første bekymring før møtet var om han i det hele tatt skulle tillate meg å bruke deler av samtalen vår i oppgaven min. Jeg tenkte automatisk at en mann i hans stilling og posisjon ikke var interessert i å fronte arbeidet de gjør eller være så åpen om lobbyvirksomhet. Jeg startet derfor samtalen med å spørre om hvilke muligheter jeg hadde for å bruke materialet fra samtalen. Svaret jeg fikk var svært overraskende. Det var ikke noe problem, jeg kunne bruke det akkurat som jeg ville, han skulle ikke godkjenne det på noen som helst måte og det viktigste for han var at synspunktene hans kom ut. Åpenhet og oppriktighet var hans viktigste prinsipper. Ingenting han eller hans kollegaer bedrev skulle være skjult for offentligheten. Jeg tenkte i mitt stille sinn at dette var jo veldig åpent, men gjennom samtalen erfarte jeg at Hannisdal verken hadde noe manus eller noen innbygde svar på mine spørsmål.

At legemiddelselskaper hyrer inn eksterne konsulenter fra større konsulentfirmaer for å hjelpe til i arbeidet med samfunnskontakt og kommunikasjon er ikke uvanlig. Disse konsulentene jobber ved at de driver lobbying for legemiddelselskapet. De undersøker samfunnsrelevansen av et medikament og finner ut hvem som bør høre om dette medikamentet. Deretter legger konsulentene strategier for hvordan legemiddelselskapene skal presentere medikamentene sine. Kim Hannisdal jobber i et

---

<sup>4</sup> "Demoniseringen av legemiddelindustrien fordummer", Tidsskriftet Norske Lægeforening nr. 19, 2005; 125: 2662–3

---

slikt konsulentfirma, og presiserer at åpenhet er en del av et demokrati. Derfor har ikke konsulentbransjen noen hemmeligheter: ”det er dette som er politikk”. Hannisdal fortalte meg at konsulentene er bundet av de samme etiske prinsipper som alle andre, men de jobber med et følsomt emne, helse, og må på grunnlag av dette til stadighet forsvare yrket sitt. Hannisdals egen overbevisning er tuftet på at helse og medisin, og å få medisinen ut til de som trenger det, er viktigere enn noe annet i vårt samfunn.

Vi begynte å snakke om hva som kunne være kimen til en konflikt mellom staten og legemiddelindustrien. ”En mangel på gjensidig forståelse og mangel på kunnskap fra statens side” var Hannisdals raske svar på dette. Et eksempel kunne være det han kalte industriens taktiske signalisering. Dette skjedde ved at legemiddelselskapene markedsførte et medikament, som staten så i neste omgang ikke vil gi på blå resept, og da kan selskapene trekke medikamenter tilbake og på denne måten tvinge myndighetene. Hannisdal fortalte meg at det er dette som er taktisk signalisering, men dessverre blir industrien på denne måten kun oppfattet som kynisk. ”Problemet er at de ikke har så mange andre muligheter til å signalisere at de føler seg dårlig behandlet, og å trekke tilbake produkter blir da deres sterkeste virkemidler”. Jeg antar Hannisdal i denne sammenhengen tenkte på den kjente konflikten mellom staten og Nycomed Pharma, da Nycomed Pharma i 2000 trakk sitt legemiddel Marevan fra markedet som en protest mot at staten satt ned maksprisene på blant annet dette medikamentet (Thelle, 2001).<sup>5</sup>

Videre utdypet Hannisdal konflikten mellom legemiddelindustrien og staten. Han mente problemet lå i at begge partene har felles interesser: medisin til pasienten, men det dukker opp irrasjonelle løsninger som gjør at begge parter føler en avmakt. Hannisdal fortalte meg at staten benytter seg av silotenkning, det vil si at man så hvert og hvert felt og budsjett for seg selv i hver enkelt silo, mens legemiddelindustrien fortviler over dette siden dette da begrenser bruken av legemidler og skaper sosial ulikhet. Ved å få plass til kostnadene ved et visst antall legemidler i en silo, ville ikke alle legemidler som burde være med i regnestykket få

---

<sup>5</sup> Denne saken vil bli utdypet videre i kapittel 6: ”Makt i strukturer”.

plass. Dermed presses disse kostnadene over i en annen silo, et annet budsjett, ved at en pasient for eksempel havner på uføretrygd. Dette mente han blir både dyrere og dårligere for alle parter. Et tema Hannisdal forfektet, var at i denne sammenhengen kom legemiddelindustrien i liten grad til orde og ble møtt med latter fordi de bare tenker på penger. Han mente de formelt ikke ble tatt på alvor som en diskusjonspartner.

Hannisdal fortalte at legemiddelindustrien mener staten mangler en faglig kompetanse innen legemidler og medisin og at staten ser også dette. Dette ga igjen enda mer usikkerhet og frykt blant staten for legemidler og industrien bak dem. Han mente at som en slags dominoeffekt av dette, lukker Statens Legemiddelverk (SLV) seg også inne. Men en bivirkning av dette har vært at SLV faktisk har gjort seg mer synlig for legemiddelindustrien ved denne oppførselen.

Hannisdal mente det absolutt er viktig å være kritisk til legemiddelindustrien:

Problemet er at fiendebildet av industrien er så fastgrodd at det ikke en gang er åpent for å diskutere om kritikken rettet mot dem er legitim eller ikke. Det er to helt forskjellige kulturer som kræsjer. Staten på sin side er opptatt av helse, mens industrien er opptatt av penger i tillegg.

Han fortalte videre at journalister i denne sammenhengen er meningsbærerne. Det er disse som tenker, bestemmer og kanaliserer ut til samfunnet via media. Problemet han fant ved det er at denne gruppen mennesker for det meste tilhører den samfunnsvitenskapelige og humanistiske kulturen. Journalistene, slik han så det, holdt seg til en ferdigpakke med negative meninger som ikke har blitt stort forandret de siste 20 årene.” Journalistene har en nullforståelse av naturvitenskapelig forskning, bruk av legemidler og forretningsvirksomhet, og denne kunnskapsmangelen bygger holdninger og fordommer”. Det merkelige, synes Hannisdal, var at journalistene ikke en gang ville prøve å se saken fra en annen side, de foretrakk fordommene, og dette igjen skapte avmakt både hos legemiddelindustrien og journalistene selv. Journalistene måtte jo være klar over selv at de mangler vesentlig kunnskap om det

---

de skriver om. Et annet problem for journaliststanden i Norge, slik Hannisdal så det, var at de blankt avviste enkle løsninger:

Det er et ferdigprogram i oss nordmenn som sier at vi får ikke kakao før vi har gått en lang tur. Alt annet hadde vært å ta en snarvei, så hvis noen har en enkel løsning er den som regel nettopp for enkel til å være sann. Dette gav seg eksempelvis til syne da lykkepillene kom på markedet i Norge rundt starten av 90 – tallet. Dette var en altfor lettvinnt måte å løse problemer på. Det dette egentlig bunnet i var mangel på viten og en kunnskapsbrist om psykiske lidelser som kan holdes i sjakk ved hjelp av lykkepiller. Denne debatten avslørte klare holdninger om en protestantisk etikk. Men hvis hvert eneste medikament som kommer på markedet i Norge skal skape en moralsk diskusjon bunnet i protestantisk etikk, hvordan skal legemiddelindustrien da i det hele tatt komme til orde? Her er vi tilbake til det faktum at industrien ikke blir sett på som en seriøs diskusjonspartner. For industrien skal ikke uttale seg om moralske dilemmaer, da de selv er umoralske og mangler etikk i følge mange.

Hannisdal forklarte at ved en gjensidig mistillit, ble det vanskelig å få til noen dialog mellom legemiddelindustrien og media, selv om begge parter ville vunnet på en dialog.

Legemiddelindustriens problem, slik han så det, var i bunn og grunn at de manglet omdømme og tillitt hos alle parter. Som en følge av dette fikk ulikhet i helse lov til å leve uforstyrret videre på flere områder. Hannisdal mente også at industrien var helt alene om enkelte løsninger, men det var ingen som lyttet. ”Når sjansen for å få riktig diabetesbehandling mot type 1 diabetes på Stovner er cirka fem ganger lavere per innbygger enn på Vinderen, så er det en årsak til dette...”. Årsaken Hannisdal siktet til var refusjonsordningene for medisiner på blå resept:

Enkelte diabetesmedisiner er dyre, men de er de beste. Disse medisinene har ikke kommet på blå resept og pasienten må derfor betale selv for medisinen. Dette går utover de med dårligst råd og minst kompetanse. Samtidig vet legen på Vinderen at pasienten venter mer av legen og møtet med legen. Dette blir en selvforsterkende prosess for legen der behandlingen av pasienten også i siste instans blir ulik.

Hannisdal hadde i tankene at legemiddelindustrien i tilfeller som dette kunne komme med forslag til løsninger, men ble ikke hørt. Nettopp her, sa han, var det en konsulent som han selv kunne bli leid inn. På denne måten mente Hannisdal han gjør en viktig samfunnsmessig oppgave selv om han blir godt betalt for det.

Hannisdal mente at både staten, media og legemiddelindustrien var synlige for hverandre, og hvilke aktører som sender ut hvilke meldinger var definert. Men når legemiddelindustrien prøvde å kommunisere med staten og media, møtte de en så stor skepsis til industrien i seg selv og den rollen industrien har i samfunnet, at en god dialog ikke oppstod. Hannisdal fortalte at de andre ser at legemiddelindustrien beveger leppene, men de hører ikke på dem. Likevel mente Hannisdal at det var en økende aksept av legemiddelindustrien, og at den stadig økte: ”legemiddelindustrien artikulere seg mer og bedre enn før, og har skjønt at de må bli tydeligere”.

Dette møtet med Hannisdal kan i all hovedsak oppsummere det fenomen jeg vil forsøke å utforske i denne oppgaven. Han mener det finnes en mangel på gjensidig forståelse mellom legemiddelindustrien og staten, mye fordi det er to helt forskjellige kulturer, selv om begge parter har den samme hovedinteresse: få medisin ut til pasientene. Han påpekte at legemiddelindustrien ikke formelt blir tatt på alvor som en samtale- og diskusjonspartner, og en av grunnen til dette kan være at helse handler mye om etiske dilemmaer, men industrien blir utelukket fra dette fordi de i bunn og grunn blir sett på som uetiske da de tjener penger på helse. I forhold til media fortalte Hannisdal at på grunn av et fiendebilde rettet mot legemiddelindustrien blir det ikke en gang åpnet for en diskusjon om kritikken som er rettet mot dem er legitim eller ikke. I denne sammenheng forfektet han på nytt at journaliststanden i Norge stort sett tilhører en samfunnsvitenskapelig- og humanistisk kultur og at dette farger deres bilde av en kapitalistisk industri. Det er disse motsetninger jeg vil utforske i denne oppgaven. Jeg vil se på forholdet mellom de ulike aktørene, og vise til at dette er en maktkamp. Samtidig vil jeg vektlegge at maktforholdet mellom staten, media og mine informanter er et asymmetrisk forhold siden de ulike parter sitter på ulik makt,



ulike mengder av makt og ulike måter å bruke denne makten på. Det er dette forholdet som vil bli utforsket i oppgaven.

## Makt og oppsett av oppgaven

Som et analytisk grep har jeg valgt å se min problemstilling i lys av begrepet makt. Dette også fordi alle mine informanter til tider har beskrevet forholdet deres til stat og media som en maktkamp. Oppgaven vil bli delt inn i 7 deler; Schering-Plough, metode, makt i medisinen, makt i relasjoner, makt i strukturer, hvordan makt brukes av individer og grupper, og til slutt en avslutning og konklusjon. Hvert kapittel vil ha en innledning som gir en introduksjon til kapittelet. Jeg vil først, her, gi en gjennomgang av forskningen innen makt for å gi en bakgrunn til begrepet.

## Forskning innen makt

Den største utviklingen i teoriene om makt har ikke vært i selve teoriene, men hvilket fokus man har valgt å rette teoriene inn mot. Frem til midten av 1970 - tallet var fokuset ressurser og sanksjoner. Man så på hvordan de ulike aktørene i samfunnet rådet over de ulike kildene til makt, hvilke strategier man brukte for å utøve sin makt, hvordan man kunne presse andre til å gjøre det man selv ville, og hvilke sanksjoner aktørene kunne vente seg hvis de ikke fulgte spillereglene. Altså en weberiansk retning (Engelstad, 1999:7-15).

Fra slutten av 1970 – tallet og frem til i dag er fokuset flyttet. De grunnleggende betydningene av makt er kartlagt og fokus forandret. Betydningen av kommunikasjon og språk, forholdet mellom individ og samfunn og forholdet mellom enkelthandlinger og sosiale institusjoner, og forholdet mellom makt og demokratisk deltakelse står nå på dagsordenen (Engelstad, 1999:7-15).

Veien innenfor den første grenen, kommunikasjon og språk, spriker i tre retninger. Den første ser på de språklige uttrykkene, og hvordan den formen et budskap får i seg selv blir en kilde til makt. Innenfor denne retningen har vi kort fortalt tre sentrale

teoretikere: Bourdieu, Foucault og Derrida. Bourdieu (jf. Engelstad, 1999:9) konsentrerer seg om hvordan språkbruk og symboler regulerer adgangen individer har til sosiale arenaer i samfunnet. Noen blir utstøtt og andre innlemmet i forhold til språkbruk. Foucault (1999) viser hvordan klassifikasjon av avvik og normalitet forklarer og begrunner inngrep ovenfor marginale grupper som ikke passer inn i resten av samfunnet. Samtidig skaper det faktum at det finnes grupper som avviker fra normen normalitet ovenfor de andre medlemsgruppene i samfunnet (Foucault, 1999). Derrida (jf. Engelstad, 1999:9) mener måten våre ord og begreper blir formet på er et trekk ved det språklige uttrykk, og det språklige uttrykk er en form for makt.

Den andre retningen mener språk nettopp er det som gir direkte tilgang til det det snakkes, diskuteres og menes noe om. Innenfor denne retningen finnes det to sentrale teoretikere: Luhmann og Searle. Luhmann (jf. Engelstad, 1999:9) mener maktutøvelse blir styrket fordi det direkte knyttes opp til et generalisert symbolsystem. Dette gjør det også mulig å tolke og forutse andres handlinger og sanksjoner. Searle (jf. Engelstad, 1999:9) viser hvordan makt knyttet til språkhandling er konstituerende for sosiale institusjoner. Felles for både Luhmann og Searle er de mener disse tankene bare kan skje fordi språksymbolene og språkhandlingene også henviser til noe utenfor seg selv (Engelstad, 1999:7-15).

Den tredje retningen legger seg et sted mellom de to første. En sentral teoretiker finnes innenfor denne retningen: Habermas. Habermas mener makt konkretisert er den makten som ligger i det beste argumentet. Det foregår alltid en prosess der et argument prøves for å i neste omgang gi grunnlag for dannelsen eller endringen av sosiale institusjoner. Det beste argumentet vinner altså, og dette argumentet gir makt, som igjen kan brukes til å skape endring (jf. Engelstad, 1999:9).

Den andre grenen innenfor makt etter 1970 – tallet omhandler forholdet mellom individ og samfunn og forholdet mellom enkelthandlinger og sosiale institusjoner. Selv om makt innlysende må utøves av personer, viser den forståelsen bare en side av saken. Denne retningen viser at makt ikke bare kan forstås ut i fra enkelthandlinger, men at disse handlingene er en del av et større system der alle handlingene på en eller

---

annen måte henger sammen. Denne retningen er i en større grad inspirert av både marxisme og feminisme, ikke rart sett i sammenheng med sin samtid. Bourdieu (jf. Engelstad, 1999:10) viser til sosiale klasser, og Foucault (1999) til mangfoldet av disiplinerende systemer som fengsel, skoler og militærvesen. Foucault mener altså at makt blir internalisert. Men disse tankene er også vanskelige å forholde seg til, med tanke på at vi lever i et såpass komplekst samfunn som vi gjør. I dette samfunnet vil maktstrukturer stadig være i endring og ingenting er fullstendig statisk og stabilt. Men flere teoretikere foreslår at å se makt som ”strukturell makt”, er svært fruktbart med mindre man trekker tankerekken for langt (Engelstad, 1999:10).

Den tredje grenen innenfor makt etter 1970 – tallet, er forholdet mellom makt og demokratisk deltakelse. Makt blir lett oppfattet som et negativt ladet ord som vi i bunn og grunn helst ville avstått fra. Problemet er at et moderne, komplekst samfunn er fullstendig avhengig av makt for å klare å opprettholde seg selv. Makt er altså en kilde til selvoppholdelse. Uten en evne til å regulere samfunnsdeltakernes handlinger, vil ikke et samfunn fungere. Sett på denne måten er makt langt i fra et negativt ord, men tvert om. Makt må altså sees som både ”makt over”, som et herredømme, og ”makt i forhold til”, som en relasjon som øker fellesskapets handlingsevne. Foucault (2000) peker her på at ”makt i forhold til” i et samfunn øker produksjonen av kunnskap, og at makt derfor er produktivt. Arendt (jf. Engelstad, 1999:11) ser denne tanken fra et annet ståsted ved å peke på at når samfunnsdeltakere kollektivt kommer sammen skapes det felles meningsdannelse og målsetninger. Disse felles målsetninger retter seg inn mot politiske handlinger, som igjen gir politisk endring ved at man innfører felles tiltak i tråd med felles målsetninger. En annen teoretiker, Rawls (jf. Engelstad, 1999:11), problematiserer dette ved å peke på individets ulike oppfatninger av hvilke meninger som er de riktige og hva et godt samfunn er, og disse er svært påvirkelige. Man kan altså bruke makt til å påvirke andres meninger og oppfatninger. Og det er disse meningene Arendt mener er den felles meningsdannelsene, men hun glemmer her å se hvordan disse fellesmeningene er blitt dannet på individnivå (Engelstad, 1999:11).

På tross av at alle disse teoriene implisitt kan tolkes som at de peker på at makt finnes over alt, er det langt fra sannheten. ”Alt” er ikke makt, og samfunnslivet er ikke styrt kun av bestemte grupper makthavere. Noen ganger er makten lett å se, andre ganger nesten usynlig. Hvis makt umerkelig er til stede over alt, kan heller ingen enkelte teoretikere få innsikt om den. Det er også kun av interesse å se på makt når vi i utgangspunktet tror at maktforholdene kunne vært annerledes. Men like viktig er å prøve å finne de områdene der makten ligger skjult. Å avsløre maktforhold og å avdekke pseudomakt er viktige oppgaver innen samfunnsvitenskapen (Engelstad, 1999:7-15).

Som en implikasjon av dette er denne oppgaven et forslag til hvordan å se makten mellom aktørene i legemiddelpolitikken. Det kan være at maktstrukturene er bygget opp på en annen måte, eller at usynlige maktstrukturer jeg ikke har klart å fange finnes i dette spenningsfeltet. Min oppgave er et forsøk på å avdekke noen av disse maktstrukturene, nettopp fordi de har vært annerledes i tidligere tider, og derfor kunne dagens forhold også vært annerledes.

## 2. Schering-Plough

Dette kapitlet skal gi en introduksjon til Schering-Plough som selskap, min stilling i selskapet og mine informanter. Først vil jeg vise Schering-Ploughs historie og bakgrunn og hvor selskapet står både nasjonalt og internasjonalt i dag. Deretter vil jeg gi en beskrivelse av kontorene til Schering-Plough i Bærum der det meste av min tid i felt utspant seg, og min opplevelse av disse. Så vil jeg vise min opplæringsfase som fast ansatt i selskapet og hvordan denne utspant seg. Det neste avsnittet vil presentere mine hovedinformanter, og det siste avsnittet vil gi en kort introduksjon til legemiddelet Remicade, som mine hovedinformanter jobbet med til daglig og som jeg jobbet med under feltarbeid.

### Historie

Schering-Plough ble først etablert i USA, New York City, som etterkommer av det tyske farmasøytiske og kjemiske selskapet Schering AG, i 1928 ved navnet Schering Corporation. I 1935 flyttet selskapet til New Jersey, der de også i dag har hovedkontor. Da USA gikk med i andre verdenskrig overtok den amerikanske stat bedriften, og selskapet hadde gått fra å være et europeisk basert selskap til å bli nasjonalisert av den amerikanske stat og med marked hovedsakelig i USA. Kort tid etter, i 1952, ble imidlertid selskapet privatisert og introdusert på New York børsen. 1950- og 60-tallet var kjennetegnet av stadig vekst for selskapet, og Schering Corporation vokste til å bli et globalt farmasøytisk firma. I 1969 opprettet selskapet et datterselskap i Norge. I 1971 slo de seg sammen med Plough Inc., et verdensomspennende produksjonsselskap på konsumerprodukter, og dagens navn på selskapet ble til, Schering-Plough Corporation. Sammenslåingen fungerte godt, og bare et tiår senere var selskapets salg firedoblet. Gjennom 1980- og 90-tallet fortsatte veksten, og i april 2003 tok Fred Hassan over som Chief Executive Officer, og leder også i dag selskapet. Schering-Plough har i dag cirka 30 000 aksjonærer. Schering-Plough i Norge ledes i dag av administrerende direktør Frode Hellesnes.

## Schering-Plough i 2007

Schering-Plough er i dag et forskningsbasert legemiddelfirma, representert i mer enn 50 land over hele verden, med over 30 000 ansatte. I tillegg finnes en rekke distributører. Omsetning i 2006 var 10,6 milliarder dollar. Hvert år benyttes ca 20 % av omsetningen internasjonalt til forskning og utvikling av nye medisiner. Schering-Plough i Norge er i dag ett av de 10 største legemiddelfirmaene i landet. Selskapet holder til på Fossum i Bærum, har cirka 80 ansatte, og produkter innenfor terapiområdene allergi, astma, dermatologi, gastroenterologi, hematologi, infeksjonsmedisin, nevrologi, onkologi, ortopedi, psykiatri, revmatologi, substitusjonsterapi for heroinavhengige, urologi og veterinærmedisin. Schering-Plough Norge består av tre salgsavdelinger (HCV/Onco, Primary Care og Remicade), en medisinsk avdeling, en veterinærmedisinsk avdeling og en administrasjons - og IT-avdeling. Hver avdeling på huset er organisert i ulike team av mennesker. Hver ansatt jobber dermed tett med sin avdeling, men samarbeid foregår i høy grad på tvers av avdelingene.

## Mitt møte med kontorene og menneskene på Fossum

Kontorene på Fossum i Bærum holder til i en relativt moderne, to etasjers rød mursteinsbygning med innslag av stål og glass. Området er svært idyllisk, omringet av jorder, skog og turveier. Bygningen ligger på grensen mellom Nordmarka i Oslo og Bærumsmarka, som nest siste adresse før veien stopper der skogene i Bærumsmarka begynner. Foran bygningen ligger en liten parkeringsplass for de ansatte og besøkende. På baksiden av bygningen finnes plantede busker og blomster, og midt inne i dette befinner det seg et uteområde for de ansatte. Dette området kan brukes fra tidlig vår og så lenge været tillater det utover høsten.



Innenfor hovedinngangen ligger resepsjonen der du blir tatt imot. Til høyre for resepsjonen ligger lunsjrommet og kjøkkenet. Her finnes alt av kjøkkenutstyr du trenger for å lage deg lunsj og en egen kaffemaskin med gratis kaffe til alle ansatte. Lunsjrommet er hyggelig dekorert med varme farger. Hver dag fra klokken 11.30 til 12.00 fylles rommet av ansatte fra alle avdelinger når de spiser lunsj sammen. Man kan omtrent stille klokken etter når de ansatte dukker opp til lunsj og når de forlater rommet igjen.

Til venstre for resepsjonen inn en lang gang holder blant annet avdeling Remicade, Primary Care og veterinærmedisin til. Gangen er delt inn i flere kontorer, a 8 kvm, på hver side, i tillegg til møterom, kopirom og grupperom. Kontorene er innredet med stoler, hyller og pulter i stål og lyst tre. Hvert kontor inneholder to vinduer som slipper inn mye lys. Ellers preges kontorene av individuelt smak og behag, som bilder og oppslagstavle, samt hver enkelts sans for orden. Det var i denne gangen, hos

avdeling Remicade, jeg hadde mitt tilholdssted de dagene jeg oppholdt meg på kontoret gjennom feltarbeidet. Det ble avtalt at jeg skulle jobbe i avdelingen Remicade 2 ½ dag i uken, men at disse kunne falle på forskjellige dager og eventuell overtid, alt ettersom hva jeg skulle være med på fra uke til uke. Remicade er Schering-Ploughs største produkt målt i omsetning og avdelingen består av (per juli 2007) 14 personer.

Når du kommer opp trappen til 2. etasje, møtes du av et oppholdsrom. Her finnes et høyt bord i midten der fersk frukt alltid ligger fremme, en datamaskin som alle kan bruke og en kaffemaskin til alle ansatte, slik at de slipper å gå ned i 1. etasje for å hente kaffe og te. Venstre side i 2. etasje er bygget opp på samme måte som i 1. I gangen holder deler av administrasjonen, IT avdelingen og HCV/Onco til. På høyre side for oppholdsrommet i 2. etasje holder deler av administrasjonen og medisinsk avdeling til. Denne delen er preget av større kontorer og jeg vil tolke dette som et tegn på at de ansatte som holder til her befinner seg høyere oppe i det interne hierarkiet i Schering-Plough.

Jeg opplevde stemningen i huset som svært avslappet. Det er nesten ingen lukkede dører, med mindre man sitter i møte eller viktig telefon, og du hører alltid stemmer. I gangene og oppholdsrommene foregår diskusjoner, utveksling av erfaringer, historiefortelling og man hører stadig latter. Et svært rolig og idyllisk sted, med høyt under taket og plass til mange ulike mennesketyper.

De ansatte på kontoret er av alle slag. Det finnes mange ulike avdelinger her, så stillinger innen IT, økonomi, salg, markedsføring, ledelse, medisin, biologi, veterinærmedisin, jus og administrasjon skal dekkes. Det vil si at man ender opp med mange forskjellige typer mennesker, og det synes på den enkeltes kontor. Klesstil, personlighetstyper, meninger og partitilhørighet er like vidspredte her som i resten av samfunnet. Likevel har alle disse ulike menneskene et felles mål; selge medikamenter.



---

## Opplæringsfasen

Jeg møtte opp på jobb første gang 7. februar 2007. På kontoret til min sjef, Business Unit Manager (BUM)<sup>6</sup> Remicade, fikk jeg velkomstperm med all informasjon jeg skulle trenge og vi gjennomgikk sentrale punkter i arbeidet og på arbeidsplassen. Etter dette tok BUM meg med på en velkomstrunde rundt på hele bygget så jeg fikk møte alle som jobbet der og samtidig få en omvisning på huset. Under lunsjen denne dagen ble jeg ønsket velkommen med blomster og tale fra sjefen. Det var en svært positiv opplevelse som fikk meg til å føle meg velkommen fra dag en. Som sagt tidligere følte jeg ikke på noe tidspunkt at jeg ville bli brukt som en utenifra som skulle profilere industrien på noen som helst måte.

Det var videre blitt lagt opp slik at jeg fikk opplæring slik alle nyansatte fikk det. Unntaket var at jeg fikk en likedan, men grundigere, opplæring enn vanlige nyansatte da bedriften mente det kunne være gunstig for oppgaven min. Dette fordi jeg da ville forstå de ulike avdelingene i bedriften bedre. Det viste seg i ettertid å være rett. Opplæringen bestod i av at min BUM hadde booket meg inn på møter med alle som sitter i sentrale posisjoner i bedriften. Disse personene skulle fortelle meg hva deres ansvarsområde og arbeidsoppgaver bestod av, hva de ble brukt til i bedriften, og jeg kunne også stille spørsmål.

Den første jeg møtte under opplæringen var Compliance Officer. Hun ga meg en innføring i lover, regler, restriksjoner og lignende som bransjen må forholde seg til, i tillegg til interne regler i bedriften. Neste stopp var treningsavdelingen, der firmapolicy, lederstrategier, moral og etikk ble tatt opp. Medisinsk direktør fortalte meg så om kliniske forsøk, bivirkninger, feilslåtte forsøk, og om hvilke forsøk bedriften utførte for tiden. Deretter gikk turen til Finance Manager som fortalte meg om administrasjonens oppgaver; alt fra økonomistyring til avtaleinngåelse. Public Affairs Manager gav meg en grundig opplæring i hvordan arbeidet mot staten og lobbyvirksomhet rettet mot staten fungerer. Hos IT manager fikk jeg senere pc, og en

---

<sup>6</sup> En BUMs oppgaver består hovedsakelig av budsjett- og resultatansvar for avdelingen, rapporteringsansvar og personalansvar.

gjennomgang av interne regler og intranettet. Til slutt i opplæringen fikk jeg en introduksjon av alle de ulike avdelingene gjennom avdelingssjefene. Opplæringen min varte til sammen i 6 uker. Under disse ukene ble sambesøk med produktspesialistene og mine arbeidsoppgaver gjort parallelt.

## Mine informanter

Etter hvert som feltarbeidet gikk sin gang stod det klart fremfor meg at mine informanter, direkte eller indirekte, forsøkte å fremme et budskap om hva de solgte. Skillet gikk mellom medisin og kunnskap. De av mine informanter som mente de solgte medisin, mente med dette at de solgte et produkt: legemiddelet. Dette produktet var en del av det kapitalistiske markedet og hovedformålet med produktet var å tilby noe som var etterspurt på markedet for på denne måten tjene penger på det. Dette ville ikke si at disse informantene kun tenkte på penger, men de mente dette var deres hovedformål i hverdagen. De av mine informanter som mente de solgte kunnskap, mente med dette at de overførte kunnskap om helse og legemidler, og deretter tok seg betalt for denne delingen av kunnskap. Disse informantene var også opptatt av å tjene penger, men de mente pengene de tjente var på noe annet enn et produkt. Som en utenforstående så jeg disse delte meningene om hva som ble solgt ikke som to motpoler, men den samme tingen forklart og legitimert på to forskjellige måter.

Jeg vil nå gi en systematisk oversikt og presentasjon av mine hovedinformanter.<sup>7</sup> Informantene vil bli møtt senere oppgaven i form av case og utsagn.

Magnus var rundt 35 år, kom fra Østlandet, og hadde jobbet cirka 15 år i legemiddelindustrien. Magnus var en typisk likandes kar. Jeg kan forestille meg at han var klassens klovn da han gikk på skolen, og i dag var han blitt til en morsom

---

<sup>7</sup> Som et grep for å skape ryddighet og oversikt i oppgaven har jeg valgt å kun presentere informantene mine i dette kapitlet. Dette også fordi jeg vil presentere dem samlet for at leseren kan få muligheten til å se likhetene og forskjellene mellom mine informanter. De vil ikke bli gitt noen større introduksjon senere i oppgaven når de dukker opp i case og utsagn.

---

type med glimt i øyet og mye selvironi. Men jeg opplevde at i situasjoner på jobb som krevde det, var Magnus svært profesjonell og seriøs. Han kom overens med alle på kontoret, og ble likt av alle, inkludert meg. Magnus var hardt arbeidende, og jobbet ofte overtidstimer for å kunne overholde tidsfrister. Mitt forhold til Magnus var svært godt. Vi kunne ofte sette oss ned og prate lenge på kontoret, og i sosiale sammenhenger og middager utenom jobb, havnet vi ofte ved siden av hverandre, da vi trivdes godt i hverandres selskap. Magnus hadde et reflektert syn på legemiddelindustrien og sin egen rolle i denne industrien. Han kunne forstå både hvorfor industrien har fått et dårlig rykte og at mange er skeptiske til dem, men la også vekt på at den jobben han utførte var en viktig jobb som reddet liv. Magnus mente Schering-Plough er en forskningsbedrift som selger kunnskap, men hadde forståelse for at skjæringspunktet der markedsføring og medisin møtes, var et sensitivt felt og at dette måtte tas hensyn til. Et utsagn Magnus ofte gjentok var ”forskning skal bli kjent, enten den gagnar produktet eller ikke”. Magnus viste til forskningsresultater vedrørende ulike medisiner, og hans budskap var at det å finne ut at en medisin ikke virker, er like fruktbart som å finne ut at den gjør det.

Camilla var rundt 40 år gammel, hadde jobbet cirka 10 år i legemiddelindustrien, og kom i likhet med Magnus fra Østlandet. Hun fremsto som en rolig person som avventet og kartla situasjoner før hun handlet. På mange måter kunne hun kanskje virke sjenert, men jeg tror heller dette var hennes måte å tolke mennesker på. Camilla var en av mine nærmeste medarbeidere i Schering-Plough, men også den av mine informanter som ga meg informasjon jeg ikke fikk av andre; informasjon om de myke verdiene i legemiddelindustrien. Camilla var ikke så opptatt av salgshall og forskning, hun ville sørge for at logistikken fungerte og at avtaler ble holdt. På grunn av denne tankemåten så Camilla andre sider ved legemiddelindustrien og Schering-Plough, enn mange av de andre ansatte. Camilla fokuserte på at alle på jobben skulle trives og at alle skulle få et oppmuntrende ord i hverdagen. De gangene jeg spurte Camilla om Schering-Plough egentlig solgte medisin eller om de solgte kunnskap, måtte hun alltid tenke seg nøye om. Det kunne gå et par dager før hun faktisk svarte meg. Men selv ikke da fikk jeg et bestemt svar. I begynnelsen av oppholdet mitt lurte jeg på om

hun svarte unnvikende fordi hun ikke ville svare, men etter hvert fant jeg ut at hun rett og slett ikke visste. Camilla hadde ikke bestemt seg for om Schering-Plough solgte medisin eller kunnskap, hun kom jo bare på jobb hver morgen, gjorde jobben hun ble betalt for på den beste mulige måte, og gikk hjem da hun var ferdig. Camilla var en trygg person for meg å ha under feltarbeidet. På en måte passet hun på meg, selv om hun ikke visste det.

Lise var cirka 30 år gammel, hadde jobbet rundt 8 år i legemiddelindustrien, og kom fra Sør-Norge. Lise var en dame med sterke meninger, og hun var aldri redd for å dele disse med de andre på kontoret. Meningene hennes var aldri i konflikt med arbeidet hun skulle utføre, men hun var ikke redd for å tråkke noen på tærne i jobbsammenheng. Lise var aldri arrogant eller slem mot noen, men hun snakket rett fra leveren uten å legge noe imellom. Lise var den av mine informanter jeg tror forstod meg best. Noen ganger tenkte jeg at hun måtte ha sniklest i feltnotatene mine. Dette var bare tanker i hodet mitt, men måten Lise og jeg tenkte på kunne til tider være skremmende lik. Lise var selv akademiker, men utrolig lei av det hun sa var alle akademikers feil:

Alle akademikere, inkludert meg selv, har blitt oppdratt gjennom universitetet til å tenke kritisk om alt vi leser og lærer. Men det akademikere leser i avisene, setter de ikke en gang spørsmålsteget ved! Alle er i utgangspunktet kritiske til vår industri, og det er greit. Men når de da ikke gidder å ta seg bryet med å sjekke om det er noen kritikkverdige forhold i vår bransje, for så videre å sluke rått det de leser i avisen for så å gjøre seg opp en mening om oss, da er noe alvorlig galt med alle akademikere! Hvis man skal være kritisk, får man være det til alt eller ingenting, ikke velge seg ut de ting man føler for å sjekke om er riktig.

Alt i alt var Lise fokusert på å selge det produktet hun var satt til å selge. For Lise hadde det ingen betydning om hun solgte kunnskap eller medisin. Dette fordi Lise mente hun aldri hadde begynt å selge et produkt hun ikke i utgangspunktet kunne gitt til sine egne barn. Og siden hun visste at produktet hun solgte var bra, hadde hun ingen betenkeligheter med å selge det for hva det var verdt, samme om noen kalte det medisin eller kunnskap. En mykere side ved Lise var hennes engasjement for å bedre

---

pasienters livskvalitet. Jeg fikk et klart inntrykk av at dette engasjementet var hennes motivasjon for å i det hele tatt jobbe i legemiddelbransjen. Hun hadde sett hvor forferdelig en pasient kan ha det, ikke bare på grunn av sykdommen, men alle de sosiale og psykiske plager som følger med en sykdom. Og disse sosiale og psykiske plagene ville ikke forsvinne før sykdommen i seg selv gjorde det. Og Lise hadde funnet sin måte å hjelpe på.

Betty var cirka 55 år gammel, kom fra Østlandet, og hadde jobbet cirka 5 år i legemiddelindustrien. Betty var en lattermild og veldig søt dame, noe som gjorde at jeg hadde problemer med å ta henne seriøst i begynnelsen av oppholdet. Hun fniste, tullet og flørtet, men kunnskapen og motivasjonen Betty satt på var enorm. Tross i færre år i bransjen enn mange av de andre ansatte, var det utrolig facinerende å høre Betty diskutere medikamenter og lidelser med leger og sykepleiere. Betty imponerte meg mest av alle mine medarbeidere, og som jeg også lærte imponerte hun dessuten legene og sykepleierne. Hun var selvsikker på grunn av sin kunnskap og dette tillot henne å ha det gøy på jobb og tulle litt med faget sitt. Betty var delt i spørsmålet på om hun solgte kunnskap eller medisin. Etter mye om og men kom hun til meg på slutten av feltarbeidet mitt og sa hun hadde funnet svaret: hun solgte kunnskap om medisin. Legene kunne velge om de trodde på kunnskapen og ville lære mer om det hun fortalte dem, og hvis de trodde dette var en god kunnskap, kunne hun godt komme med et forslag om medisin til dem også.

Sara kom fra Vestlandet, var cirka 35 år gammel, og hadde i likhet med Betty jobbet cirka 5 år i legemiddelindustrien. Sara var akademiker, og jobbet i bransjen på grunn av utfordringene og muligheten til å hjelpe syke mennesker til å bli friske:

Jeg selger verken medisin eller kunnskap. Jeg selger faktisk ingenting. Jeg opplyser. Jeg opplyser om hvilke valgmuligheter som finnes, og prøver å vise at det produktet jeg har er det beste valget. Det er helt opp til legene om de vil ha friske pasienter eller ikke. Jeg ser verken penger eller noen kontrakter i min hverdag. Jeg opplyser.

Sara var et varmt og mykt menneske som noen ganger kunne virke litt naiv. Hun var idealistisk på en slik måte at hun tenkte hvis hun bare holdt seg unna penger og

kontrakter, og fokuserte på forskning og virkning av medisin, så trengte hun ikke begi seg ut på de etiske debattene, for det hadde hun jo ingenting med å gjøre.

Sara var svært sosialt deltakende i andres arbeidshverdag. I løpet av en arbeidshverdag hadde hun klart å slå av en privat prat med stort sett alle på avdelingen. Sara var i tillegg opptatt av at jeg skulle se hennes hverdag og arbeidsoppgaver. Hun presset derfor på til sjefene våre for at jeg skulle få bli med henne på alt hun gjorde utenfor kontoret, og mange av mine besøk på ulike sykehus over hele landet kan jeg takke Sara for.

Patrick var cirka 35 år gammel, kom fra Sørlandet og hadde jobbet i legemiddelindustrien i cirka 10 år. Patrick ble under feltarbeidet en av mine hovedinformanter. Patricks bakgrunn bestod av markedsføring, før han til slutt endte i legemiddelindustrien. Patrick var en av de få som fra første stund åpent ”innrømmet” ovenfor meg at dette var en industri konsentrert rundt penger, ikke medisin. Likevel trodde Patrick blindt på produktet han selger. Han sa flere ganger til meg at han aldri kunne solgt noe han ikke ville tatt selv hvis han skulle blitt syk. Patrick kunne ved våre første møter slå meg som litt useriøs og veldig spøkefull. Etter hvert som jeg ble kjent med han, ble Patrick en av mine informanter jeg fikk, og har, mest respekt for på grunn av hans enorme kunnskapsmengde. Patrick hadde sterke meninger og visste hva han ville og ønsket, og på grunn av dette havnet vi mange ganger i heller opphetede diskusjoner. I disse diskusjonene følte jeg meg ofte som en utenforstående inntrenger som kom og rokket ved hans univers. Men likevel kunne Patrick alltid svare for seg og det gav meg den respekten jeg nå har for han. Patrick innrømmet ærlig ovenfor meg at han var svært skeptisk til mitt nærvær i bedriften. Dette forklarte han meg allerede min tredje dag på feltarbeid. Men Patrick forklarte meg hvorfor, og dette gav meg førstehåndkjennskap til hvordan terrenget i bedriften var og hvordan jeg måtte bli nødt til å orientere meg der den første tiden i felten.

Alle disse karakteristikkene av mine informanter viser at det var forskjeller mellom hvordan ansatte i Schering-Plough oppfattet sine arbeidsmetoder og hvordan de legitimerte sitt eget virke.

---

## Remicade

Alle mine nøkkelinformanter jobbet på avdeling Remicade, i likhet med meg. Produktet Remicade er en såkalt Tumor Nekrose Faktor alfa (TNFa) - hemmer. TNFa er et protein som spiller en viktig rolle i immunforsvarets funksjon. TNFa blir dannet i de hvite blodcellene og er sentral i oppreguleringen av vårt immunforsvar ved angrep fra mikroorganismer eller fremmede stoffer. TNFa bidrar i den sammenhengen til at betennelsesområdet blir rødt, hovent og man får feber. TNFa har en pro-inflammatorisk effekt. Det vil si at det fremskynder eller starter betennelsesprosessen. Ved mange kroniske betennelsessykdommer som for eksempel Crohns sykdom (betennelsessykdom i tarmene), ulcerøs kolitt (betennelsessykdom i tarmene), revmatoid artritt (inflammatorisk sykdom som angriper leddene), psoriasisartritt (betennelsessykdom i leddene), psoriasis (betennelsessykdom i huden) og ankyloserende spondylitt (Bektherevs sykdom (betennelsessykdom i ryggraden)), er nivået av TNFa forhøyet.<sup>8</sup> Ved slike sykdommer kan man forenklet si at immunforsvaret har slått krøll på seg selv, og dermed tolker alle, egentlig fredelige, inntog av fremmedlegemer som fiendtlige. Dette kan videre resultere i disse sykdommene som er nevnt.

Remicade, med virkestoffet infliksimab, er et biologisk legemiddel fremstilt av antistoff fra hovedsaklig mennesker (75 %), men også fra mus (25 %). Dette antistoffet, når gitt til pasienter med for eksempel Crohns sykdom, vil da gjenkjenne og binde seg til TNFa og nøytralisere den inflammatoriske effekten av TNFa. I noen tilfeller vil Remicade også øke celledøden av TNFa – produserende celler. Når Remicade blir gitt til en pasient med for eksempel revmatoid artritt, vil behandlingen redusere betennelsen i de rammede leddene. For pasienten vil dette bety mindre ømme og hovne ledd.

Remicade er et produkt som må bli gitt av autorisert personell, det vil si leger eller sykepleiere. Pasienten får en infusjon i løpet av 2 timer, og må så observeres i tilfelle

---

<sup>8</sup> Utfyllende informasjon om sykdommene finnes i appendix 1.

infusjonsreaksjoner i 1-2 timer. Akutte infusjonsreaksjoner kan være ”flushing” (plutselig rødlig hud, rødming), svimmelhet, hodepine eller illebefinnende.

Mine informanter, mitt felt og min arbeidsplass er introdusert for å gi en bakgrunn til felten og min hverdag i avdeling Remicade. Måten jeg gikk frem på for å finne ut av mine spørsmål og undring under feltarbeid vil bli presentert i neste kapittel.



### 3. Metode

Med dette kapittelet vil jeg forsøke å vise til mine metodiske valg og fremgangsmåte under feltarbeidet. Den første delen vil ta for seg hvordan jeg fikk tilgang til Schering-Plough og hvordan jeg nærmet meg mine informanter i felten. Den neste delen tar for seg deltagende observasjon som metode og implikasjoner ved feltarbeid i eget samfunn. Dette fordi min væremåte i felt og mine tanker om feltarbeidet i ettertid, i stor grad har vært preget av at jeg har gjort ”hjemmeantropologi”. En neste del tar for seg fenomenologien som en antropologisk retning og metode.

Fenomenologien var den retning jeg etter en tid i felt valgte å støtte meg til, og også en metode som har lagt en struktur for min fremgangsmåte og tolkning. Til slutt i kapittelet vil jeg ta opp etikk og anonymitet i felten og i utskrivningen av oppgaven. Metodekapittelet kan synes langt, men av hensyn til et vanskelig feltarbeid ser jeg dette nødvendig. Feltarbeidet mitt har operert i en etisk vanskelig sone og jeg har møtt flere hindringer i forhold til tilgang og fremgangsmåte.<sup>9</sup>

#### Tilgang og fremgangsmåte

Gjennom en åpen e-post jeg sendte til Schering-Plough, kom jeg i kontakt med Business Unit Manager (BUM) for avdeling Remicade. Det viste seg at denne avdelingen var interessert i prosjektet mitt og kunne tilby meg en 50 % stilling på sin avdeling i forbindelse med feltarbeidet mitt. På den måten fikk de arbeidskraft, samtidig som jeg fikk fri tilgang til alt av materiale, alle ansatte og jeg kunne oppholde meg så mye jeg ville på kontoret utenom arbeidstid i tillegg. Stillingen min ble Assistent, med 100 kroner timen i fastlønn. På denne måten tenkte både sjefen min, BUM, og jeg, at det ville være enklere for meg å bli en av de andre siden jeg også stod på lønningslisten. Samtidig ble lønnen satt såpass lavt at den ikke ville

---

<sup>9</sup> Av hensyn til anonymitet kan jeg ikke utdype noe mer om disse hindringene. Hindringene er forøvrig ikke knyttet direkte til mine informanter hos Schering-Plough.

komme i veien for min integritet i forhold til utskrivning av oppgaven på et senere tidspunkt.

Da dagen jeg skulle begynne på avdeling Remicade kom, var det ikke vanskelig for meg å finne informanter. Feltarbeidet mitt var lagt til en lukket lokalitet; kontoret. Så metoden jeg valgte var en nettverksmetode (Gullestad, 1984:kap.2). Jeg startet med å bli kjent med mine kollegaer på avdeling Remicade, og etter hvert presenterte de meg for ansatte på andre avdelinger som jeg så ble kjent med. De fleste på kontoret var nysgjerrige og pratsomme, og etter hvert som jeg kom mer i kontakt med de fleste, ble jeg også med dem ut av kontoret som observatør. I felten har jeg funnet andre informanter som igjen har presentert meg for nye informanter i sitt nettverk.

Gjennom hele feltarbeidet har jeg unngått bruk av strukturerte intervju. Jeg har aldri funnet en passende anledning eller et behov for dette. Alle mine kollegaer har vært svært interessert i arbeidet mitt, og derfor har åpne samtaler og ustrukturerte intervju med disse utgjort det meste av mitt datamateriale i tillegg til den deltagende observasjonen. Ved de samtalene jeg har sett på som viktige, har jeg i stor grad klart å føre samtalene inn på de områdene jeg har sett på som interessante. I tillegg hadde jeg også skrevet en sjekkliste med ting jeg lurte på og ville ha meninger om i løpet av feltarbeidet. Denne fungerte som en slags intervjuguide for meg.<sup>10</sup> Samtidig har jeg funnet på spørsmål underveis alt ettersom hvilken vei samtalen har tatt. Oppsummert har jeg hatt 6 nøkkelinformanter gjennom hele feltarbeidet. Blant alle mine informanter, var det 3-4 stykker som ikke ville ha noe med meg å gjøre. Jeg ble sett på som en fremmed som skulle utnytte dem, en hemmelig journalist som skulle "ta dem", eller en ubetydelig student som de ikke trengte bruke noe tid eller krefter på. Dette har for min egen del vært en viktig del av feltarbeidet mitt, da jeg har sett en annen side av industrien, og ikke minst at ikke alle var enig i avgjørelsen om at jeg skulle få oppholde meg der under feltarbeidet.

---

<sup>10</sup> Punktene på denne sjekklisten finnes i appendix 2.

---

## Deltagende observasjon

Deltagende observasjon som metode kjennetegner sosialantropologiens egenart. Samtidig som antropologen skal delta i samhandling med sine informanter, skal hun eller han også iaktta hva informantene foretar seg (Fangen, 2004:29). I mitt feltarbeid ble min faste stilling hos Schering-Plough et godt utgangspunkt for deltagende observasjon. Til tider ble det mer jobb enn antropologi i arbeidstiden, da jeg jobbet mye selvstendig, men samtaler, reiser og observasjon av samhandling mellom mine informanter utenom kontoret bidro til å rette opp denne skjevheten.

Å kunne beskrive og oppdage hva informantene sier og gjør i situasjoner som ikke er strukturert av antropologen, er et hovedmål innen metoden deltagende observasjon (Fangen, 2004:31). Den første tiden i feltarbeid, stilte jeg meg helt åpen til mine informanter, deres forslag, deres ideer, samtaler og handlinger. Jeg hang meg bare på lasset, og håpet dette skulle være en god metode for å unngå innblanding i den naturlige samhandlingen. Men jeg oppdaget raskt at mine informanter i denne perioden hadde en viss oppfattelse av hva de trodde jeg var ute etter av data og de tilpasset sine samtaler og handlinger med meg etter dette. Etter et par måneders tid ble både mine informanter og jeg såpass komfortabel med situasjonen, at tidligere føringer ikke lengre preget oss i samtaler og diskusjoner. Den resterende tiden jeg var i feltarbeid etter dette var preget av åpenhet og ærlighet.

Min problemstilling ble som følge av feltarbeidet endret en rekke ganger. Jeg befant meg i en ”runddans” mellom teori, metode og data (Wadel, 1991:129-131). Metoden ble forandret da jeg etter hvert bestemte meg for å følge en fenomenologisk metode, noe jeg vil komme tilbake til senere i kapitlet, og da ble også denne runddansen lettere for meg å takle. Jeg tror mine informanter også la merke til denne økte selvsikkerheten hos meg. Etter en periode der jeg skrev feltnotater om alt jeg hørte og gjorde i jobben, ble det en utfordring å skille ut hva som var relevante og ikke relevante data for meg. Hva var relevant for problemstillingen, og hva hadde jeg eventuelt ikke sett som kunne ha noe å si for problemstillingen min? I det øyeblikket jeg valgte å vurdere mine samtaler og opplevelser innen et maktperspektiv, endret

situasjonen seg til det bedre. Samhandlingen mellom mine informanter, deres tanker om legemiddelindustrien og deres handlinger er blitt sett på i lys av makt. Mine observasjoner er klart preget av dette, og på grunn av dette valget, er det observasjoner jeg har gått glipp av og også kanskje mangler som kan påvirke min analyse. Som en følge av endret fokus, var det andre type data jeg nå fikk tilgang til, og også andre typer data jeg la merke til. Dette igjen gav meg et endret syn på min teori og også fokus på andre teorier enn de jeg på forhånd hadde valgt meg ut.

Etter at min opplæringsperiode var over hos Schering-Plough, forandret mine informanter holdning til meg også. Fra å ta rollen som lærere og mentorer ovenfor meg, skiftet mine informanter fokus til et samarbeidsforhold. Jeg ble tatt med i diskusjoner, forhandlinger og møter på lik linje som en vanlig ansatt. Dette gjorde det også lettere for meg å fokusere på hvilke ting jeg trengte informasjon om, og dette gav mine informanter meg de gangene jeg klarte å spore samtalene inn på temaer som opptok meg. Da jeg fikk tak i den informasjonen jeg trengte, skjønnte jeg så at teorien jeg hadde ikke passet så godt med dataene jeg hadde samlet, og igjen var jeg inne i nok en ”runddans” mellom teori, metode og data. En slik erkjennelse er tatt hensyn til i det videre arbeidet.

## Feltarbeid i eget samfunn

Mitt feltarbeid kan på en måte ses som gjort i eget samfunn, men på en annen måte overhodet ikke. Jeg oppfattet ikke meg selv som en del av legemiddelindustrien da jeg gikk inn i feltarbeidet mitt. På tross av at jeg lever i samme land som mine informanter, var dette en totalt ukjent verden for meg. Jeg kjente ikke til faget, jeg kjente ikke til praksis eller rutiner, og jeg kjente ikke til lokale kulturelle koder innad i industrien.

På tross av at feltarbeidet mitt har foregått i eget samfunn, har jeg møtt på store språklige utfordringer. Dette i form av det jeg vil kalle faglige uttrykk innen forretningsverdenen og ”legeprat”. Med min ikke-medisinske bakgrunn og

---

manglende evne til å forstå forkortelser og spesielle uttrykk innen forretningsverdenen, har samtalen jeg har deltatt i til tider krevd mye av meg. Men jeg har samtidig spurt og gravd, og mine kollegaer har vært flinke til både å ta hensyn og forklare hvis jeg ikke skjønner. Det var i oppstarten av feltarbeidet et stort problem for meg, da det til tider var vanskelig å vite hva som ble sagt. Etter hvert gikk dette seg til, og jeg fikk en god oversikt over hva det meste betyr og innebærer.

All forståelse vil alltid hvile på en førforståelse, som vi ikke kan komme utenom. En forutinntatt holdning til hvordan de og det du skal studere er og gjør (Habermas, 1984:107). Denne førforståelsen vil jeg anta var sterk hos meg med tanke på det nærliggende geografiske området. Jeg visste hvordan jeg burde kle meg, oppføre meg og snakke i forhold til norsk kodeks. I tillegg er jeg en del av det norske samfunnet, og følger med i den norske samfunnsdebatten og i norske medier. Jeg gikk inn i felten med klare forestillinger om hvordan feltet skulle utarte seg, hva mine informanter antakeligvis mente og tenkte, og hvilke forklaringer de skulle legge til grunn for sine handlinger. Dette var en stor utfordring for meg den første tiden i felt, da det meste jeg trodde om feltet viste seg å ikke stemme. Min bakgrunn farget av media gjorde at jeg forventet meg en gjeng med ”glatte kapitalister”, som ikke skulle klare å gi meg noen god forklaring på hvordan de kunne legitimere sitt eget arbeid. Jeg forventet meg typiske høylytte, oppmerksomhetssøkende ”selgertyper”, som ikke gikk av veien for noe, når de så et salg i nærmeste fremtid. Min førforståelse var bygget på en klar skepsis til næringen og mine informanter. Min forståelse av feltet er klart modifisert, ettersom jeg har blitt kjent med menneskene bak påkostete markedsføringskampanjer, gjemt i flotte lokaler avskjermet for offentligheten. Min forståelse bygger nå på hvordan enkeltindividene i denne industrien legitimerer sine handlinger og sitt virke, og ikke hvordan styrene i store legemiddelbedrifter fronter sine gylne slagord med høy røst og deffensiv protest mot stat og media.

Min egen rolle har vært dobbelt, både som ansatt i firmaet men også som observatør og student. Gjennom ansettelse i Schering-Plough har jeg frivillig påtatt meg et etisk dilemma i forhold til oppgavens objektivitet og integritet. Det har til tider vært

vanskelig å se hva som var mine antropologiske meninger og tolkninger og hva som var ”det riktige å tenke” i forhold til legemiddelindustriens beste. En viss rolleforvirring har derfor oppstått. Etter hvert som min førforståelse av feltet endret seg, tok jeg meg selv i å bli spist opp av feltet. Jeg forandret meninger så de stemte overens med mine informantere, jeg forsvarte legemiddelindustrien i hver sammenheng jeg kunne, og jeg frontet industriens naturlige plass i samfunnet og i folks helse. Jeg opplevde og følte situasjonen legemiddelindustrien er i på samme måte som mine informanter, jeg var ikke lengre enn observatør av feltet, jeg var en fullverdig deltager, og kun det. Goffman (1989) argumenterer for at det er høyst nødvendig å gjøre feltarbeid på denne måten, altså ”go native”, for å kunne få en fullstendig kunnskap om feltet du studerer. Problemet mitt var at jeg ikke lengre klarte å pendle mellom min deltagelse i legemiddelindustrien, og mitt egentlig formål med oppholdet hos Schering-Plough. Jeg begynte å gjøre øvelser hver dag etter jobb for å bøte på dette. Hver dag da jeg satt på bussen hjem, tvang jeg meg selv til å skrive ned fem ting jeg ikke likte eller som skurret både i mine informantere uttalelser og om legemiddelindustrien i seg selv. Dette gjorde at jeg i det jeg kom hjem fra felten hver dag og skulle skrive feltnotater, hadde jeg klart å balansere mine adopterte meninger, med det jeg antar er det nærmeste jeg kan komme en forholdsvis objektiv analyse av hva som hadde foregått fremfor meg på jobb. I mitt videre arbeid med analyse etter endt feltarbeid har jeg klart å holde på denne vekslingen mellom mine informantere oppfattelse av verden, som jeg gjorde til min egen, og en forståelse som minner mer om min førforståelse av feltet. Som en oppsummering av min posisjon i forhold til feltet, støtter jeg meg til Habermas (1984). Habermas argumenterer for at det viktigste ideal for en samfunnsforsker ikke er å inneha en nøytral posisjon, men å klare å tydeliggjøre sin posisjon og reflektere kritisk over den i ettertid. Min posisjon er ikke nøytral, men jeg er klar over hvilke implikasjoner dette har for utarbeidelsen av analysen og min forståelse av parter legemiddelindustrien er i konflikt med.

---

## Fenomenologi

På grunn av min problemstilling, som omfattet mine informanternes egen opplevelse av egen situasjon i legemiddelindustrien, måtte en metode som kunne fange deres egenopplevde virkelighet og deres personlige erfaringer brukes. Fenomenologien er en retning som behandler mennesker som et subjekt, i motsetning til et objekt, og søker etter essensen i menneskets erfaringer. Disse erfaringene blir videre fortolket og gitt mening av mennesket. I et livsløp vil disse fortolkede erfaringene da sitte i den subjektive kroppen som en integrert livserfaring (Kirkengen, 2000).

Mauss (2004) argumenterer for at kroppen ikke bare er det redskap som mennesker bruker for å forme verden, men også den substansen som utgjør hvordan den menneskelige verden er skapt. Med andre ord mener Mauss (2004) at kultur er i kroppene våre. Kroppene våre er et utgangspunkt for kulturen. Jeg støtter meg til denne teorien, og i så måte ville det blitt umulig for meg å distansere meg fra mine informanter og deres opplevelser av seg selv. Min tilstedeværelse og adaptasjon av deres kultur i Schering-Plough, samt mine erfaringer fra feltarbeidet, vil da være noen av de samme erfaringer som mine informanter har. Mine meninger, inntrykk, erfaringer og opplevelser gjort i løpet av feltarbeidet vil for meg utgjøre data like mye som mine informanternes utsagn til meg. Jeg har derfor valgt å legge like mye vekt på den erfaring og den mening jeg har gjort meg opp i løpet av feltarbeidet, som jeg legger vekt på de ting jeg har observert. Det kan sies at jeg har gått for langt i min deltagende observasjon, i og med at jeg ikke bare har observert mens jeg har deltatt, men jeg har deltatt som en deltager i deres kultur og på deres premisser. Skillet mellom mine informanternes meninger og beskrivelser og mine egne meninger og antropologiske beskrivelser er derfor til tider svært flytende. Likevel vil jeg gjøre det klart i oppgaven når det er jeg som snakker og når det er mine informanter som snakker. Men alt i alt kan man si jeg har ”gone too native”.

En retning innen fenomenologien bygger i store trekk på å at våre sanseintrykk og forståelse av omgivelsene gis gjennom kroppslig erfaring med forrang over sanselige inntrykk. Denne retningen ble først utviklet av den franske filosofen og tenkeren

Maurice Merleau-Ponty (1994) i første halvdel av 1900-tallet. Teoriene tar sikte på at kroppens holdning til omverdenen ikke er objektiv. Derimot er forholdet mellom kroppen og omverdenen en gjensidig relasjon som stadig henviser til hverandre. Denne sansingen av verden kalles den før-objektive periode der kroppen sanser pre-refleksivt. Etter denne perioden vil det skje et skifte i bevisshetsform, i det øyeblikket refleksjon over sansinntrykkene skjer, og objektivitet og refleksivitet vil inntreffe. Merleau-Ponty (1994) tar altså til orde for å gå bort i fra den kartesianske forståelsen av sansing og erfaringsbegrepet, for istedet å vise at allerede før sinnet har reagert på et ytre fenomen har kroppen allerede gjort seg opp en pre-refleksiv erfaring i den før-objektive perioden. Han taler altså for at kroppen ikke er sammensatt av mange deler, men eksisterer som en enhet, og erfarer som en enhet. Sansing vil dermed føles like mye på kroppen som i sinnet (Merleau-Ponty, 1994).

Csordas (1990:5) har beskrevet det på følgende måte: "the body is not an *object* to be studied in relation to culture, but is to be considered as the *subject* of culture, or in other words as the existential ground of culture". Csordas (1990) viser med dette sitatet hvilket grunnlag han har for sine teoretiseringer av fenomenologi og sine arbeider som i stor grad bygger på Merleau-Pontys. Som nevnt tidligere må kroppen ses som et utgangspunkt for å studere kultur, et subjekt, og ikke som et objekt satt i relasjon til kultur. Uten kroppene våre ville det ikke fantes noen kultur.

Feltarbeidet mitt ble utført i henhold til og med tanke på denne fenomenologien. Jeg har i stor grad valgt å tolke mine hørsels-, syns-, og sanseintrykk, uten å prøve å finne en logisk forklaring på alle disse inntrykkene. Jeg har sett på mine informanter som en del av en kommunikasjonslinje mellom dem og meg, og ikke som objekter som kan gi meg informasjon om min problemstilling. Til tider var jeg frustrert, da jeg i mange situasjoner har fundert over og lurte på ting, men valgt å ikke spørre mine informanter om dette. Årsaken til dette valget var fordi jeg ville gi kroppen og sinnet mitt tid til å bearbeide og erfare omgivelsene mine. Håpet var at de tingene jeg lurte på etter hvert ville stå klart for meg. Dette var en metode som fungerte. Med utgangspunkt i min egen kropp, er denne oppgaven og mitt feltarbeid en samling av



---

min sanseerfaring over 5 måneder i Schering-Plough. På grunn av min stilling i firmaet, har denne fenomenologiske metoden vært svært gunstig. Min kropp og min erfaring har på denne måten blitt en del av de omgivelsene jeg ville studere og erfare. Et viktig poeng i denne sammenheng er for meg å tydeliggjøre at Schering-Plough er, som oppgaven som en helhet viser, en meget pluralistisk arbeidsplass bestående av mange ulike mennesker med forskjellige meninger. Jeg postulerer derfor ikke at mine erfaringer er de samme som mine informanternes opplevelse av egen situasjon. Heller vil jeg prøve å vise at våre meninger var i dialog. En prosess der jeg erfarte på egenhånd og gjorde meg opp tanker om disse erfaringene, men ble dratt i ulike retninger avhengig av hvilke informanter jeg snakket med. Dette var også viktig for mine informanter, da flere var bekymret for mine antatte generaliseringer av bedriftens ansatte.

Det kan være at mine observasjoner hadde blitt annerledes hvis jeg hadde valgt en annen metode og et annet fokus. Det at jeg valgte meg en fenomenologisk metode vil si at jeg gjorde meg selv mer sårbar enn nødvendig for påvirkning fra mine feltomgivelser. Det at jeg samtidig satte fokus på makt, er i nær tilknytning til fenomenologien. Makt internaliseres i kroppene våre (Weber, 1971) og en fenomenologisk metode vil da prøve å avdekke denne internaliserte makten i subjektene. Samtidig har jeg da brukt min egen kropp, subjektet, og mine sanseerfaringer fra feltarbeidet som et redskap til mine tanker om analyse og makt. Fenomenologien har jeg brukt som et metodisk verktøy heller enn et teoretisk. Den er ikke blitt brukt som en entydig fenomenologisk analyse, men som en metode jeg benyttet meg av taktisk og som en inngang til empiri. Min analyse er derfor i liten grad tuftet på fenomenologi, men min empiri er blitt oppfattet, tolket og formet etter en fenomenologisk tankegang under feltarbeid.

## Etikk og anonymitet

Mine informanter har alltid vært informert om min hensikt med oppholdet, og mitt formål med å studere dem. Flere av mine informanter har blitt mer enn bare

informanter, og mange har delt private tanker og hendelser med meg som ikke på noen måte har hatt noe med min problemstilling å gjøre. Jeg har bevisst unnlatt å skrive feltnotater om noen av disse private samtalene.

Som en del av oppholdet mitt i felten var jeg i mange middager, samlinger og møter med mine kollegaer. Deltagerne på disse møtene var ofte fremmede for meg. Alle deltagere på disse møtene ble informert om hvem jeg var og hvorfor jeg var der, men jeg kan ikke regne med at alle forstod min egentlige hensikt og at min metode var deltagende observasjon av samhandling. Alle møter, samlinger, kongresser og middager er derfor anonymisert. Jeg har forandret sted, tid, antall deltagere, hvilken gruppe deltagere som var med, og hva møtene inneholdt av faglig informasjon. Dette for å beskytte intetanende deltagere som ikke forstod hva mitt nærvær innebar. De forskjellige eventene har jeg stykket opp, satt sammen og delt, slik at de ikke skal kunne være gjenkjennelig for helsenorge. Dette har imidlertid ikke hatt noen innvirkning på den faglige viktigheten og validiteten av hendelsene jeg beskriver.

I samråd med Schering-Plough ble vi enige om å ikke anonymisere firmanavnet. Dette fordi det rett og slett hadde blitt for vanskelig å anonymisere organisasjonen og ingen av oss så noe poeng i dette heller. Derimot er alle mine informanter hos Schering-Plough anonymisert. Informanter er kun nevnt ved fornavn, og alle egennavn er endret, personer er splittet og slått sammen, meninger er splittet opp, tilholdssted endret, alder forandret, og utdannelse og bakgrunn er forandret og generalisert. Det har vært høyst nødvendig for meg å ta alle disse grep i bruk, da feltarbeid er gjort i eget samfunn og flere av mine informanter kommer med sterke meninger og påstander om et svært betent tema. Denne konfidensialiteten er i tråd med et grundig og nøyaktig utfall av analyse og har ikke vært til noe hinder for å fremstille virkeligheten til mine informanter på den beste mulige måte. En kontrakt om anonymitet i oppgaven er skrevet mellom Schering-Plough og meg og en arbeidskontrakt angående taushetsplikt i forhold til arbeidsdokumenter ble inngått mellom oss før jeg tiltrådte i min stilling. Mine informanter har fått lese igjennom mine karakteristikk av dem før publisering av oppgaven.

## 4. Makt i medisinen

I dette kapittelet vil jeg bredt ta for meg makt innen medisinen, både hos de som utfører medisin, mottar medisinen, medisinen i seg selv og hvilken plass medisinen har i antropologien, da spesielt med fokus på legemidler og legemiddelindustri. Dette for å vise bakgrunnen til en diskusjon om legemidler.

Den første delen vil vise til et case jeg opplevde gjennom mitt feltarbeid som kan bidra til å belyse medisinsens makt i mine informaners hverdag. Den neste delen vil vise hvorfor og hvordan medisinen har makt i dagens samfunn for å gi en bakgrunn til temaet. Deretter tar jeg for meg den objektifiserte kroppen, legens makt og pasientens avmakt for å vise hvordan medisinsens makt gir seg utfall hos de ulike parter som primært berøres av makten. En neste del gir en innføring i hvilken plass legemidler, som et av medisinsens viktigste virkemidler i behandling av sykdom, har i antropologisk øyemed. I denne sammenheng vil jeg også vise hvilken plass legemiddelindustrien, som produsenter av legemidler, har i antropologien. Avsluttende vil jeg gi en oppsummering av kapittelet for deretter å trekke på makten i de ulike delene koblet til mine informaners hverdag.

### Legemiddelets makt

På et sambesøk med Sara til et sykehus på Østlandet kom jeg i prat med en sykepleier etter møtet. Sara hadde holdt en presentasjon av Remicade for 5 sykepleiere og tilbudt dem litt lunsj samtidig. Det var en god tone under møtet, og en diskusjon vedrørende bruk av Remicade som både var nyttig for sykepleierne og for Sara. Etter 20 minutter måtte de fleste av pleierne tilbake til postene sine og oppbruddsstemning spredte seg på møterommet. Sara ble stående å prate med en sykepleier i den ene enden av rommet og jeg med en annen sykepleier i den andre enden. Jeg overhørte at Sara og pleieren snakket om svært tekniske og medisinske ting angående behandling og jeg nevnte for pleieren jeg stod sammen med at noe av det der gikk rett over hodet

på meg som antropolog. Vi lo litt av det og så sa hun lattermildt til meg at hun kunne forklare det de snakket om i kortversjon til meg med ”vanlige” ord. Hun fortalte at det var en pasient som var svært hardt rammet av Crohns sykdom<sup>11</sup> på deres avdeling som nylig hadde blitt satt på Remicade. Hun hadde lidd av sykdommen i over 20 år og som pasienten hadde sagt det selv ”hadde hun ikke noe liv”. Etter at hun var blitt satt på Remicade hadde hun blitt veldig mye bedre og hun var nå til og med tilbake i jobb. Etter dette så pleieren på meg og la til at det som de synes var litt artig med denne pasienten var at hun nå rett og slett var ganske snurt på leger fordi de gjennom alle disse årene ikke hadde klart å gjøre henne noe bedre. Hun hadde i det siste hatt, som pleieren uttrykte det: ”et heller gudeliggende forhold til medisinen sin”. En annen sykepleier som hadde overhørt deler av samtalen vår, kom nærmere oss og skjøt inn: ”det hadde vel vi alle fått hvis vi hadde levd i et helvete i 20 år også våkner du en dag og alt er bra”. Denne episoden viste meg at medisinenes evne til å forbedre helse og helbrede sykdom er svært virkningsfull og mektig for mennesket. Ikke bare hadde pasienten tillagt legemiddelet en voldsom makt til å hele, men sykepleierne viste meg også gjennom måten hun snakket på at hun var svært glad for at de hadde klart å gjøre henne bedre, selv om hun var ”snurt” på legene. Makten til å helbrede lå altså i følge pasienten i legemiddelet, men sykepleieren uttrykte likevel indirekte at det var helsearbeiderne som direkte hadde kunnet gi henne denne makten. Historien kan bidra til å vise den voldsomme makten vi tillegger medisinen og hvordan de ulike aktører som er berørt av medisinen opplever, tolker og bruker den makten som ligger i medisin. Hvordan og hvorfor gjør vi dette?

## En innledning

Medisin har på mange måter en stor makt i vårt samfunn (Fugelli, Stang og Wilmar, 2003:1). I en meningsmåling omhandlende ”det gode liv” utført av Statistisk Sentralbyrå i 1999, ble god helse nevnt som den høyeste verdi i livet, foran både penger og kjærlighet (Barstad, 1999). God helse er altså et område som tar opp mye

---

<sup>11</sup> Se appendix 1 for utfyllende informasjon om sykdommen.

---

av vår hverdag. Legen kan bli sett på som helsens forvalter på den måten at legen gir mennesker pleie ved sykdom og legen vil da få mye av makten fra medisinen overført til seg og sitt virke. I tillegg, som nevnt tidligere i oppgaven, er medisin beskrevet som vår tids religion (McGuire, 1997) og medisinen bærer da i seg religions makt til styre over menneskers samvittighet. Det finnes gode eksempler på dette ved å se til hvordan fedme, røyking og usunt kosthold blir sett ned på i vårt samfunn. Til slutt gir medisinen en enorm mengde makt gjennom farmasøytisk industri, og dets kapital og meningspåvirkning, og muligheten medisinen har til å sette agenda for hvilken forskning som skal gjøres, gyldig kunnskap og klinisk praksis (Fugelli, Stang og Wilmar, 2003:1-2).

I denne sammenhengen kan det være nyttig å se til Foucaults (2000) arbeider om det moderne sykehuset fremtreden og hvordan dette kan være en kilde til makten medisinen i dag har. I boken viser han hvordan en utvikling av grunnleggende begreper og ulike sosiale interesser førte til fremveksten av moderne somatisk medisin og sykehusklinikken. En diskurs om kroppen på 1800-tallet endret måten vi ser på kroppen. Kroppen ble gjort til et objekt og nye måter å snakke og tenke om kroppen på oppstod. Dette gav muligheten til å bruke nye måter å tenke om kropp og makt på; en disiplinerende makt. Medisin spilte en stor rolle i den nye oppfattelsen av kroppen gjennom et fokus på den moderne viten om anatomi, der sykdom ble sett på som lokalisert i kroppen, som et objekt for det medisinske blikket. Gitt denne makten til medisin, ble også kunnskapen om medisin en makt i seg selv. Ifølge Foucault (2000) var maktutøvelse i samfunnet knyttet nært opp til utviklingen og forvaltningen av kunnskap. Igjen er man da tilbake til en diskurs der de som sitter på makten definerer hva diskursen skal inneholde. Det er denne makten medisinen sitter på når de kan definere agenda innenfor helse og medisin. Foucaults sentrale poeng i denne boken, og hans andre verker, er at makt og kunnskap er uløselig sammenknyttet (Foucault, 2000).

## Objektiviseringen av den medisinske kroppen

Den tidlige medisin og medisinutøvelsen var i løpet av første del av 1900-tallet preget av et syn på at kroppen hadde både en innvendig og utvendig side. Samtidig hadde legeyrket som profesjon blitt tillagt mer og mer makt som en følge av det moderne gjennombrudd innen medisin og behandling og en demokratisering av samfunnet. Gjennom utdanningsinstitusjoner, offentlig medisinforvaltning og markedskontrollerte tiltak klarte legestanden å skape makt rundt sin profesjon og sin medisinske forankrede kunnskap. Etter hvert som samfunnet ble mer og mer spesialisert og medisinenes fremskritt ble større og større, endte regimet som så på kroppen som både innvendig og utvendig. Den klassiske-moderne legerolle studerte nå kroppen som ulike deler. På denne måten fikk både kroppen og sykdommen en abstrakt status. Undersøkelser av kroppen kunne nå gjøres nesten uavhengig av pasienten selv. Prøver kunne tas og sendes direkte til laboratorier for analyse, omtrent uten å involvere pasienten i det hele tatt. Ikke bare førte dette til at legen så på kroppen som et objekt, pasienten kunne også skyve bort den syke kroppen som en del, fra den ellers friske og eksistensielle kroppen (Berg, 2003:3-5).

Dette medisinske blikket på kroppen har en sterk objektifiserende kraft og konstituerer kroppen som et objekt for medisinsk handling og intervensjon. Dette bryter dermed med mitt fenomenologiske perspektiv for studien. Likevel må denne objektifiseringen av kroppen tas hensyn til, da dette er den rådende måten å se kroppen på innen biomedisin.

I denne sammenheng kan det være verdt å nevne Sartres (2002) fremstilling av hvordan et menneske griper og forholder seg til sykdom og lidelse. Det første som skjer er at pasienten reagerer ved det sansemessige prerefleksivt. Pasienten er en lidelse mer enn han har en lidelse. I neste omgang blir pasienten mer bevisst sykdommen, reflekterer over den og sykdommen får en mer objektiv status. Her oppfatter pasienten lidelsen mer som noe han *har*, ikke noe han *er*. Sartres poeng er at pasientens forståelse av sin egen lidelse blir mer og mer objektpreget på samme måte som den medisinske vitenskapen ser på kroppen (Sartre, 2002).

---

## Legens makt og pasientens avmakt

Legens makt i et lege-pasientforhold kan deles inn i fire deler. Legen har teknisk makt, gjennom sin kunnskap om kroppen og sin naturvitenskapelige utdannelse. Legen har byråkratisk makt gjennom å forvalte økonomiske midler som blir gitt av for eksempel folketrygden, og gjennom å kunne avgjøre den enkeltes rett til ulik behandling. Legen har relasjonsmakt gjennom at legens forståelse og samtale, og på denne måten legitimering av sykdommen, kan gi pasienten verdighet og bekrefte at lidelsene er reelle. Til sist har legen symbolmakt gjennom å kunne hjelpe mennesket ved kriser, fordi legen representerer håp, mening og redning. Disse ulike typene makt utgjør til sammen den samlede makten en lege har i lege-pasientforholdet. I dette forholdet vil maktfordelingen alltid være asymmetrisk, fordi pasienten gjør seg sårbar og avhengig av den andre parten. På grunn av medisins makt i seg selv og dens nesten religiøse betydning i vårt samfunn, vil legen bli symbolet på medisins makt, siden medisinvitenskapen og den tekniske utførelsen av denne forenes og gis uttrykk for i legens kropp (Schei, 2003:2-5).

Det å måtte be om hjelp kan være en utfordring i seg selv. I forbindelse med helse og sykdom gir dette seg særlig utslag da en avmakt og usikkerhet i tillegg skapes av sykdommen, smerter og angsten for det ukjente. En sykdom og det å måtte be om hjelp griper dermed inn i personens selv-struktur (Schei, 2003:8). Hendelsen av å bli syk truer altså menneskets opplevelse av å mestre tilværelsen. Det å inneha medisins kunnskap er makt og en pasient vil da oppleve en avmakt ovenfor legen fordi legen sitter på en kunnskap pasienten ikke har, og pasienten må da legge sin helse i legens hender (Gulbrandsen, 2003:2).

## Legemidler og legemiddelindustrien i antropologien

Min gjennomgang av legemidler i antropologien bygger i stor grad på Van der Geest, Whyte og Hardons artikkel ”The Anthropology of Pharmaceuticals: A biographical Approach” (1996). Dette fordi denne artikkelen er den mest omfattende, og en av de

få, som generelt tar opp temaet legemidler i antropologien. Denne artikkelen tar for seg legemidler i seg selv, som en ting, og hvordan transaksjoner av legemiddelet foregår i den vestlige verden. Stort sett har andre arbeider dreid rundt samme tema vært tuftet på feltarbeid gjort utenfor vesten. Et unntak er Michael Oldanis (2002, 2004) arbeider, som vil bli tatt opp senere i dette avsnittet.

Medisin, og muligheten til å forandre menneskeliv, har alltid tatt opp oppmerksomhet i samfunnet. I Shakespeares "En midtsommernatts drøm", snur en kjærlighetsmedisin verden opp ned og i bibelen gir Jesus spedalske mennesker livet tilbake.

Antropologien er intet unntak. Medisin er materielle substanser som har muligheten til å forandre en levende organismes tilstand. I de fleste tilfeller til det bedre, men ved heksekunst og voodoo, noen ganger til det verre (Van der Geest, Whyte, Hardon, 1996:153-154).<sup>12</sup> Ved å bruke begrepet "thinginess" (G, W, H, 1996:154), kan en vise at medisiners krefter ligger i deres konkrethet. Medisines "thinginess" ligger da i deres evne til å gi leger og pasienter et middel til å angripe et problem, altså sykdommen. Ved å gi sykdommen et botemiddel gjennom en ting, medisinen, har en også gitt leger og pasienter et middel en kan relatere sine oppofringer til. En gjør sykdommen til noe konkret, og det konkrete kan en også ta bort ved å gjøre noe annet konkret; gi en medisin (G, W, H, 1996:154). I denne sammenheng kan det være nyttig å se til caset som ble presentert først i kapittelet. Caset viste at pasienten tilla legemiddelet i seg selv makten til å hele henne, ikke legene eller sykepleierne. Dette kan da sees i opposisjon til Foucaults (2000) arbeider om at kunnskapen til å behandle gir leger makt. I caset er det ikke kunnskapen legene sitter på som teller for pasienten, hun ser rett til legemiddelet og dets krefter til å gjøre henne frisk. Det samme kan vises ved henvisning til avsnittet om legens makt, der Schei (2003:2-5) påstår at leger er symbolet på medisines makt og gis uttrykk for i legens kropp og handlinger. Pasienten som led av Crohns sykdom, tilla ikke legene æren og makten for å ha behandlet henne, det var legemiddelet som hadde gjort det. Pasienten gav

---

<sup>12</sup> Heretter referert til som G, W, H, 1996.



---

uttrykk for at hun tillia legemiddelet en ”thinginess”, en kraft, ved at det var et objekt, en ting, som kunne gjøre henne bedre, uavhengig av legen.

I antropologien er medisin og sykdom gitt et stort interessefelt. Tidlige antropologer som studerte medisin og medisins logikk i primitive samfunn, kalte sitt interessefelt magi, fetisjer og animisme. Blant annet Kleinman (1981:kap.2) har kritisert for eksempel Clements (jf Kleinman, 1981:kap.2) og Ackerknecht (1971) for å se på medisin og kultur fra et etnosentrisk utgangspunkt, og også at mange av disse tidlige antropologer studerte eksotiske healere og ritualer knyttet til behandling på grunn av deres symbolske og religiøse betydning, men ignorerte medisinen og den medisinske betydningen. Andre igjen, som Rivers<sup>13</sup> (jf. Kleinman, 1981:kap.2), har med større hell sett krysskulturelt på medisin og medisinsk behandling som kulturelle systemer i et holistisk perspektiv. En viktig utviklingen i de samfunnsvitenskapelige studiene av medisin, skjedde da blant annet og spesielt Turner (1967:299-358) viste at en symbolsk analyse av medisin på lik linje med en analyse av religion, var svært fruktbar. Disse studiene og analysene viste at medisinsk overbevisning i småskala-samfunn uten skriftspråk likevel var en del av velutviklede kulturelle systemer (Turner, 1967).

Inntil nylig hadde få antropologer utvidet dette kulturelle feltet til også å ta opp problemstillinger rundt farmasøytiske legemidler – det vil si syntetiske, fabrikkerte og kommersielt distribuerte terapeutiske legemidler (G, W, H, 1996). Med unntak av antropologene Alland, Cunnigham, og Logan<sup>14</sup>, begynte ikke antropologer å systematisk studere legemidler som et sosialt og kulturelt fenomen før på midten av 1980 – tallet (G, W, H, 1996:154). Disse antropologene fokuserte på hvordan medisiner blir brukt av samfunnsmedlemmer, forskjellen på ulike sektorer i helsetjenesten og medisiners innvirkning på lokalsamfunn. Bare noen få konsentrerte seg primært om transaksjoner av legemidler innen en profesjonell setting. Utover

---

<sup>13</sup> For øvrig også en av de tidligste antropologer som forfektet det langvarige feltarbeidet og viktigheten av førstehåndskunnskap om de folk og fenomener man studerte (Joralemon, 2006).

<sup>14</sup> Alle tre nevnt i Geest, Whyte og Hardon, 1996.

1990 – tallet førte en større interesse for vestlig kultur og vestlige produkter med seg en interesse for biomedisin som et kulturelt fenomen. Medisiner og piller ble ikke lengre tatt som en selvfølge og ignorert av antropologer. Biomedisin er et av de bedre eksempler på globaliseringsfenomenet (G, W, H, 1996:155).

Ved å følge transaksjonen av legemidler kan man finne en biografisk orden i deres sosiale liv. Van der Geest, Whyte og Hardon (1996:156) viser hvordan legemidler går gjennom fire faser. Først blir legemidlene produsert og forberedt, vanligvis i teknologisk avanserte settinger, og markedsført til den statlige helsesektoren, private firmaer, apoteker, utsalgssteder, farmasøyter og leger. Denne produksjons- og markedsføringsfasen er kjennetegnet ved sosiale aktører som forskere og forretningsfolk som jobber i den farmasøytiske industrien. Det var i denne fasen jeg jobbet under feltarbeid i Schering-Plough. Fase nummer to tiltar når legemiddelet blir distribuert til konsumenter, enten gjennom en resept eller direkte salg. Denne resept- og distribusjonsfasen involverer primært helsearbeidere og deres pasienter i konteksten av en medisinsk praksis. Denne fasen gir i tillegg pasienten kun et stykke papir, resepten, som eventuelt kan lede til et kjøp av medisinen. Den tredje fasen skjer når pasienten har hentet ut sitt legemiddel, og tar dette i den hensikt å opprettholde, gjenopprette eller forbedre sin helse. Denne konsumfasen oppstår som regel i en husholdssetting, uten medisiner til stede. Den fjerde, og siste, fasen, effektfasen, er legemiddelets liv etter døden. Hensikten ved legemiddelets liv ligger i deres effekt på helsen til personen som tok dem. Effekten er altså høydepunktet og den avgjørende livsfasen (G, W, H, 1996:156).

Hver eneste fase har et sett av dominerende verdier, gitt uttrykk for i forskjellige sett av ideer om medisin. I produksjons- og markedsføringsfasen er konsepter om vitenskapelig forskning, markedsvarer og kommersiell konkurranse dominante. Medisinsk personell ser legemidler som uunnværlige i deres behandling av syke. Farmasøyter og apotekere ser medisiner som en salgsvare, mens pasienter ser medisiner som noe som løser deres helseproblemer. Gjennom disse fasene, deres verdier, deres sosiale aktører, deres settinger og arenaer, blir det vist at legemidler er

---

en mektig teknisk hjelp og et kulturelt symbol, som gjør legemidler til en status og en kraft i samfunnet. Legemidler er ikke bare et produkt av vår kultur, de er også produsenter av det, gjennom å legge føringer på våre tanker, handlinger, og sosiale liv. Tilgangen til medisiner påvirker hvordan leger og helsepersonell, så vel som pasienter, handler i forhold til sykdom. Disse forholdene legger føringer for hvordan mennesker etablerer, unngår eller bryter sosiale relasjoner. Medisiner bruker altså mennesker, like mye som mennesker bruker medisiner (G, W, H, 1996:156-157).

Et eksempel som kan illustrere dette er den såkalte ”lykkepille – debatten”. Denne debatten konsentrerer seg rundt økt bruk av medikamenter mot blant annet bipolar lidelse (tidligere manisk depressiv) og depresjoner, og sykdomsdefinisjon av disse typer lidelser. Etter en utvidelse av sykdomsdefinisjonen ble langt flere enn tidligere diagnostisert med lidelsen og behandling deretter med såkalte lykkepiller (jf. ”thinginess”). Debatten har i så måte dreid seg rundt om det faktisk er så mange som lider av bipolar lidelse og depresjoner og om dette krever så sterk medisiner og til og med medisiner i det hele tatt (Behandling av depresjoner i allmennpraksis, 2000: Konsensussspørsmål 3 og 6). Ut fra denne debatten kan man trekke at det tidligere ikke ”fantas” så mange som led av bipolar lidelse og depresjon, men etter en utvidelse i sykdomsdefinisjonen og mulige måter å behandle på, økte pasientantallet kraftig. Så før medisiner for denne type lidelser var tilgjengelige, fantes heller ikke sykdommen. Hvis man da ser til at medisiner bruker mennesker like mye som mennesker bruker medisiner, er dette et godt eksempel på dette. ”Lykkepillen” setter en merkelapp på mennesket som oppfordres til å ta dem eller selv velger å ta dem, og dette er et ledd i både selvidentifisering og andres oppfattelse av deg legemiddelet blir altså en aktør (Behandling av depresjoner i allmennpraksis, 2000: Behandling).

Andre teoretikere som har vist at medisin og sykdom i tillegg til å formes og skapes av vår kultur, også igjen legger føringer på kulturen er Locks (1993) arbeider om menopause og dens plass og behandling i japansk kultur versus nord-amerikansk kultur. Lock (1993) viser hvordan menopause nesten ikke blir rapportert i Japan, og at det heller ikke finnes noen direkte oversettelse av ordet til japansk. Til

sammenligning blir det svært ofte rapportert og behandlet ved hjelp av legemidler i USA. Det Lock (1993) foreslår er at amerikanske kvinners opplevelse av menopause er nært knyttet til en generell angst for alderdom og en søken etter ungdommen og et aktivt sexliv, og dette igjen fører til en medikalisering av ”sykdommen”. Det normale er altså å være ung og frisk, mens overgangsalder og eldring blir sett på som unormalt i USA, til forskjell fra Japan (Lock, 1993). En mulighet for å behandle menopause med hormoner har altså i vesten bidratt til å omdefinere aldring til sykdom.

Lykkepille – debatten og menopause – problematikk er også eksempler på hvordan tidligere ”normale” aspekter av livet blir medisineret og gjennom denne prosessen øker markedet og firmaenes inntjening på nye medikamenter. Normalitet kan videre etter denne prosessen knyttes til et liv som medisineret. Videre legger de nye tankene om sykdom, kropp, normalitet og medisinerer føringer for hvordan vi tenker på vår kultur og våre omgivelser. Rosaldo (1984) mener samfunnet former mennesket gjennom kulturen og at våre subjektive oppfatninger, følelser og tanker om oss selv direkte blir formet på denne måten. Da vil også kroppen bli et sosialt og kulturelt fenomen. Hun henviser til feltarbeid gjort på Filippinene, der hun viser at hos Ilongotene er oppfatninger av skam og skyld i forbindelse med kroppen konstruert på en helt annen måte enn i vesten (Rosaldo, 1984:142-151). På den måten vil da kulturen og dens føringer for opplevelser av skyld og skam, forme mennesket like mye som mennesket kan bidra til å forme kultur. Dette på samme måte som et legemiddel er formet av kulturen men også former kulturen tilbake.

En systematisk oversikt over antropologien om et legemiddels sosiale liv kan gis ved å henise til de fire forskjellige fasene, og deres tilhørende forskning i samfunnsvitenskapen. Dette også for å kunne plassere min egen studie om legemiddelindustrien innenfor trendene i medisinsk antropologi.

Produksjons- og markedsføringsfasen ble først attraksjon for kritiske samfunnsstudier da legemiddelindustrien ble kjent for bestikkelser, falske kliniske tester, dumping og feilinformasjon. Disse studiene satte standarden for et vanskelig og fiendtlig forhold mellom industrien og antropologer, fordi antropologer vanligvis velger de svakes

---

side, i dette tilfellet ikke legemiddelindustrien. Disse forholdene kan være grunnen til at antropologer ikke valgte å studere produksjons- og markedsføringen av legemidler som et sosialt og kulturelt fenomen. Andre årsaker kan også være industriens motstand mot å tillate forskere å observere deres praksiser, i tillegg til antropologiens draging mot eksotiske samfunn (G, W, H, 1996:157). Abraham (jf. G, W, H, 1996:157) er et nyere bidrag til antropologien omhandlende legemidler og hvordan legemiddelindustrien presenterer nye sikkerhetsdata om legemidler til staten med det formål å få dem godkjent. Dette arbeidet er kun et forsøk på å åpne den svarte boksen, og går ikke i sømmene på produksjons- og markedsføringsfasen av legemidler. Den lille forskningen som er blitt gjort innen denne fasen fokuserer på de mer åpenbare og tilgjengelige deler sånn som salgsfigurer, reklame og politikk. Denne forskningen er heller ikke blitt utført av antropologer. Studier i denne fasen utgjør det største hullet i den antropologiske forskningen på legemidler (G, W, H, 1996:158). Min oppgave plasserer seg forskningsmessig i denne fasen. Min oppgave bidrar dermed til å gi en antropologisk vinkling av et felt som tidligere i liten grad er dekket.

Resept- og distribusjonsfasen utgjør et større felt innen antropologien. Smith (jf. G, W, H, 1996:158) viser hvordan medisin er mye mer enn det man kan se. Han lister opp 27 latente funksjoner i utskrivningen av en resept, blant annet psykologiske faktorer, maktforhold, og sosial kontroll. Sciortino (jf. G, W, H, 1996:159) viser hvordan ikke bare leger skriver ut medisin, men hvordan for eksempel sykepleiere på Java, Indonesia, har tatt over mye av legens reseptpraksis. Whyte (1992) skriver om hvordan uautorisert medisinsk personell i Uganda har et nærere forhold til sine ”pasienter” enn autorisert personell og hvordan dette kan ha en innvirkning på utskrivningen av medisiner. På den andre siden omhandler mye av antropologien på dette feltet kritikk av biomedisinske utskrivere av resept. Overmedisinering, for mange forskjellige medisiner, for dyre medisiner og unødvendige medisiner omhandles av for eksempel Bloem og Wolffers, Greenhalgh, og Tomson.<sup>15</sup> Videre

---

<sup>15</sup> Alle tre nevnt i Geest, Whyte og Hardon, 1996:158-160

har vi de antropologer som fokuserer på distribusjonen av legemidler. Geertz (1976) viser i sin studie av religion på Java, Indonesia, hvordan salg av patenterte og reseptbelagte medisiner foregår blant og av vanlige folk uten noen medisinsk bakgrunn. Bleek (jf. G, W, H, 1996:161) viser noe av det samme fra en landsby i Ghana. Fokus på apoteker og deres funksjon i land uten velutviklede helsesystem er blitt dekket av for eksempel Kamat (jf. G, W, H, 1996:162). Denne trenden med selvmedisinering og få restriksjoner på apotek og utsalgssteder i utviklingsland, har gitt mange antropologer grunn til å se på legemidler som en billig og effektiv måte å løse problemer på i land der man har lite ressurser. Men stor kritikk har blitt et resultat av dette, blant annet fra Nichter (1996). Nichter (1996) viser fra sine studier i Asia hvordan det å se helse synonymt med legemidler er en voksende tendens. Han mener dette gir en falsk følelse av sikkerhet rundt helse. Andre antropologer igjen har fokusert på effekten av legemidler på andre sektorer i samfunnet, for eksempel økonomi. Plattner (jf. G, W, H, 1996:164) viser hvordan kommersielle transaksjoner av legemidler kan skape gode sosiale relasjoner i samfunn uten fungerende helsesystem.

Den tredje fasen omhandler selve bruken av medisin. Det er i denne fasen den substansen vi kaller medisin, faktisk blir en medisin i praksis. Feil bruk kan gjøre den beste medisin bortkastet eller til og med farlig (G, W, H, 1996:164). Tre emner under denne kategorien er spesielt tatt opp i antropologien. Selvmedisinering blir for eksempel tatt opp av Haak og Hardon (jf. G, W, H, 1996:165), som forteller om hvordan lokalbefolkninger, i henholdsvis Brasil og på Filippinene, bruker et begrenset utvalg av medisiner fra lokale butikker til å behandle en rekke lidelser hjemme i husholdet. Det andre emnet omhandler compliance og non-compliance, overensstemmelse, ved medisinbruk. Disse studiene viser hvordan compliance, bruk av medisiner som instruert av helsepersonell, i motsetning til non-compliance, bruk som ikke er i tråd med instruksjoner fra autorisert helsepersonell, er å foretrekke. Non-compliance blir sett på som et problem, og dette problemet fordrer informasjon om riktig bruk av legemidler, slik at bruken blir compliant (G, W, H, 1996:165). Flere av disse studiene, blant annet Conrad (1985), mener en må se non-compliance fra

---

pasientens ståsted for å kunne finne grunnen til at medisinen ikke blir brukt riktig. Først da kan man forstå hvordan en kan få pasienten til å bruke medisinen riktig (Conrad, 1985).

I denne sammenheng kan det vært vel verdt å merke seg at non-compliance stort sett har vært konsentrert rundt hvordan pasienter bruker legemidler feil, og ikke hvordan andre parter, som for eksempel leger, kunne bidratt til å oppnå compliance. I forholdet mellom leger, legemiddelindustri, stat og pasient, vil pasienter ha minst makt i dette forholdet (Fugelli, Stang og Wilmar, 2003), så når pasienten blir holdt ansvarlig for non-compliance er dette en form for ansvarsfraskrivelse og et uttrykk for makt. Ansvarsfraskrivelse ved å si at dette er pasientens problem, og ikke legenes, industriens eller statens og et uttrykk for makt på den måten at man skyver ansvar over på pasienten i de tilfeller det passer seg. Paul Farmer (1999) viser for eksempel til at tuberkulose står for 26 % av mulige unngåtte dødsfall i utviklingsland, og dette gjør det også til den største gruppen av dødsfall som kunne vært unngått. Effektiv terapi for tuberkulose finnes og har gjort det i tiår, så Farmer (1999) spør seg hvorfor det fortsatt da er den infeksjonssykdommen i verden som dreper flest mennesker. Hans svar er at man må se til den non-compliance som foregår på det strukturelle nivå: de politiske, kulturelle og økonomiske barrierene som hindrer compliance i pasienters bruk av legemidler mot tuberkulose (Farmer, 1999:240-271).

Det tredje emnet innen denne grenen interesserer seg for hvordan kulturell tolkning forandrer bruken av medisiner. Logan (jf. G, W, H, 1996:166) viser hvordan innbyggere i en landsby i Guatemala kategoriserer medisiner som varme eller kalde ettersom deres eget kategoriseringssystem gjør dette. Dette systemet styrer da bruken av medisiner. Bledsoe og Goubaud (jf. G, W, H, 1996:166) viser hvordan det samme skjer i forhold til fargesymbolikk i Sierra Leone. Medisinene blir altså rekultivert innen et annet kunnskapssystem og brukt forskjellig fra måten de var intendert brukt i verdiregimet hvor de ble produsert (G, W, H, 1996).

Den fjerde fasen, effektfasen, handler om hvilke fysiske, sosiale, kulturelle og psykologiske endringer bruken av medisin har for pasienten. En av de store

diskusjoner innenfor denne delen av antropologien, er hvordan effekt faktisk skal måles. Effekt har både en biologisk, en sosial og en kulturell dimensjon (G, W, H, 1996:167). En slags enighet ligger i at den totale medisinske effekten også avhenger av ikke-kjemiske attributter, som navn og farge på legemiddelet, utskriver av medisinen, situasjonen den ble skrevet ut i og hvordan den ble konsumert (G, W, H, 1996:167). I caset som omhandlet pasienten med Crohns sykdom kan man klart se at legemiddelets effekt både var biologisk, sosial og kulturell. Effekten av legemiddelet gjorde pasienten fysisk bedre og friskere, den gav henne muligheten til å arbeide igjen og da et sosialt liv og den gav en psykologisk effekt ved ”å gi henne tilbake livet”.

Kulturen i kommersiell vitenskapelig produksjon og utvikling av legemidler, samt industriell produksjon av legemidler er fortsatt utforskede områder innenfor antropologien. Antropologien vet også lite om markedsføring av helseprodukter sett fra legemiddelindustriens markedsførere og distributørers synspunkt. Forsømmelsen av disse områdene kan bunne i antropologiens fortsatte draging mot geografiske avgrensede områder og eksotiske kulturer (G, W, H, 1996:169).

Inn i vårt århundre har antropologen Michael Oldani utforsket et av disse feltene. Oldani er tidligere selger av legemidler, og etter ni år i Pfizer begynte han studier i antropologi. Studiene endte i et feltarbeid i USA omhandlende salgspraksis innenfor industrien og deres effekt på det medisinske samfunn. Hans problemstilling tar opp hvordan farmasøytiske selskaper befinner seg i et stort etisk paradoks; samtidig som de produserer store fremskritt innen biomedisinsk behandling, må de også tilfredsstille akjseholdere ved økt salg og god inntjening. Det er dette Oldani (2002) mener fører til en salgsstrategi der selgere beveger seg inn i juridiske og etiske gråsoner (Oldani, 2002). I hans artikkel ”Thick Prescriptions...”<sup>16</sup> (2004) forfekter Oldani at legemiddelindustrien i stor grad opererer innenfor en gaveøkonomi og han utdyper det han kaller ”the pharmaceutical gift cycle” (2004:325). Dette er et treveis

---

<sup>16</sup> Min forkortelse. Den originale tittelen på artikkelen er: ”Thick Prescriptions: Toward an Interpretation of Pharmaceutical Sales Practices”. Trykket i Medical Anthropology Quartely, Vol 18, Issue 3.



---

bytte av gaver mellom leger, selgere og pasienter, og som skaper forpliktelser, både bevisste og ubevisste, mellom partene (Oldani, 2004).

## Hva har jeg vist med makt her?

God helse blir ansett som den høyeste verdi i livet (Barstad, 1999). Legen kan ses som helsen forvalter, og medisinen og legemiddelet kan ses som legens verktøy (Fugelli, Stang og Wilmar, 2003). Foucault (2000) presiserte at kunnskap om medisin gir makt og legen vil da som helsen forvalter med kunnskap om helse og legemidler bli gitt mye makt på grunn av dette. På grunn av dette vil maktforholdet mellom lege og pasient alltid være et asymmetrisk forhold, da legen sitter på kunnskapen (Foucault, 2000). En utvikling i synet på kroppen som et objekt bestående av ulike deler, frontet et syn på behandling av kroppen som noe teknisk som kan repareres ved hjelp av legemidler og medisiner. Legemiddelets "thinginess" er det som konkret gir leger og pasienter en handlingsmulighet og da muligheten til å reparere de ulike delene av kroppen.

Tidlige antropologer så medisin som et kulturelt system, men først på 1980-tallet begynte andre antropologer å studere legemidler og legemiddelets plass i ulike kulturelle systemer. Det kom da flere fruktbare studier frem som omhandlet hvordan medisinen bruker mennesker like mye som mennesker bruker medisinen. Medisinen, og dens behandlingsmuligheter, legger føringer for hvordan vi tenker om kroppen, om sykdom og om behandling, noe som ble vist med referanse til lykkepilledebatten og menopauseproblematikk i Japan og USA. En voldsom definisjonsmakt finnes altså i medisinen.

Et legemiddel har et sosialt liv, en livssyklus, og Van der Geest, Whyte og Hardon (1996) deler dette inn i legemiddelets fire faser. Den første er produksjons- og markedsføringsfasen, der blant annet legemiddelindustrien, Schering-Plough og mine informanter befant seg. Aktører som befinner seg i denne fasen har altså makt til å bestemme over hvilke legemidler som skal bli produsert og hvilke som skal

markedsføres mer enn andre. Den andre fasen er resept- og distribusjonsfasen, som innebærer den fasen der legen velger å sette pasienten på et legemiddel eller gir pasienten en resept. Legen har i denne fasen makten til å velge hvilket legemiddel han vil sette pasienten på og når han vil gjøre det. Den tredje fasen er konsumfasen, der pasienten nå tar medisinen sin. Pasienten har i denne fasen makten til å velge om han eller hun faktisk velger å ta medisinen sin og på hvilken måte. I den fjerde fasen, effektfasen, vises effekten av legemiddelet på pasientens helse. I denne fasen kan man da si at makten kun ligger hos legemiddelet og dets evne til å hele.

Caset jeg refererte til viste hvordan pasienten muligens så på legemiddelet og medisinen som religion og da hvordan hun tilla legemiddelet en enorm makt: makten til å forbedre hennes liv. Samtidig kan man plassere pasientens opplevelse inn i de fire fasene et legemiddel går gjennom. I produksjons-og markedsføringsfasen har Schering-Plough utviklet Remicade og deres produktspecialister har markedsført dette til leger og sykepleiere. I resept- og distribusjonsfasen har legen til pasienten valgt å sette henne på Remicade. I konsumfasen har pasienten valgt å prøve Remicade og dette blir også gjort compliant siden det forgår på sykehus med hjelp fra helsepersonell. I effektfasen merker pasienten tydelig at Remicade har hjulpet henne. Pasienten tillegger legemiddelet en religiøs dimensjon og demed enorm makt. Helsepersonellet gjør også dette, men de ser samtidig på seg selv som forvalterne av legemiddelet og det ledd pasienten må gjennom for å få tilgang til medisinen. I analysen av dette caset støtter jeg meg på den fenomenologiske metode. Jeg har derfor tolket sykepleierens opplevelser av situasjonen med pasienten som en erfaring hun har gitt meg og videre har jeg tolket dette i forhold til mine erfaringer om makt i medisinen. Utfallet av analysen kunne derfor blitt annerledes hvis jeg hadde valgt en annen metode.

Makt finnes i høyeste grad i medisinen i seg selv og dens forvaltere. Mine informanter var klar over dette og på mange måter tok de hensyn til det på den måten at de så sitt ansvar i forhold til for eksempel pasienter som nevnt i caset. En annen implikasjon ved dette var at mine informanter i Schering-Plough mente de ikke ble

---

tillagt en positiv makt på samme måte som for eksempel leger, sykepleiere og legemiddelet i seg selv ble. Dette vil utforskes videre i neste kapittel.

## 5. Makt i relasjoner

Dette kapitlet er bygget opp ved at jeg først tar for meg teori angående makt på mikronivå med fokus på Max Webers teoretiseringer, dette fordi jeg i stor grad støtter meg på hans teorier. Deretter vil jeg presentere Legemiddelindustriforeningen (LMI) for å vise til bransjeforeningen mine informanter er medlem av. Jeg vil kort skissere avtalene legemiddelindustrien forholder seg til i samhandling med andre parter i helsesektoren for å gi en bakgrunn til mine informanters daglige virke og hvordan relasjonene mellom de ulike partene reguleres av et avtaleverk. Til slutt vil jeg gi en oppsummering der jeg binder Webers teorier om makt på mikronivå sammen med mine informanters utsagn, hverdag og dagligvirke og hvordan markedet og de ulike avtalene innvirker på dette. Dette kapitlet vil fokusere på den del av min problemstilling som omhandler hvordan mine informanter oppfatter de parter de må samhandle med, med fokus på helsepersonell. Som en introduksjon til emnet og for å vise viktigheten av lovverket i mine informanters hverdag, vil jeg først i kapitlet vise til en episode som kan illustrere dette forholdet.

### Sånn som i gamle dager

Jeg var med på en stor konferanse i regi av Schering-Plough. Konferansen skulle vare over 2 dager, og på grunn av dette ble det tilbudt lunsj, middag og overnatting. Både overnattingen og måltidene var, slik jeg så det, innenfor rimelighetens grenser. Det spesielle ved dette møtet hendte under lunsj den første dagen. Jeg sitter ved et bord sammen med flere ulike leger, da en lege jeg aldri har snakket med eller sett før plutselig kommer bort til meg. Han sier ganske arrogant til meg: ”jeg finner ikke noen opptrekker til brusen min, det fikser vel du.” Det var ikke noe spørsmål eller høflighet over hans forespørsel, det var mer ment som en kommando. Jeg gikk paff bort til en av servitørene som jobbet ved stedet og spurte om hun hadde en opptrekker. Hun gav meg den og jeg gikk bort til legen som hadde spurt og gav han den uten å si noe mer. Like etter lunsj, da alle deltagere er på vei tilbake til

---

konferansesalen, kommer en annen lege bort til meg. Hun ser på meg heller sjenert og litt flau og sier: ”unnskyld at jeg spør om dette altså, men var det deg han andre legen ba hente en opptrekker?” Jeg svarte litt spørrende ja og hun forklarte meg da at hun bare ville si at hun synes det var skikkelig dårlig gjort av han. Hun mente at han tydeligvis ikke hadde fått med seg at dette var et faglig program og ikke en sosial tilstelning der Schering-Plough var verter som skulle underholde gjestene sine. Jeg fikk en god tone med henne og tok mot til meg og spurte hvorfor hun trodde han gjorde som han gjorde. Hun svarte litt unnvikende, men forklarte meg at det er mange mange leger som ikke er flinke nok til å forstå at vi har et regelverk som regulerte samarbeidet mellom leger og legemiddelindustrien og det var til for nettopp å regulere forholdet slik at det ikke skulle bli slik som ”i gamle dager”. Hun sa så at hun mente den legen som kom bort til meg tydeligvis var en gammeldags lege. Episoden viste meg at regelverket på mange måter oppfattes som svært positivt og viktig av noen leger, mens andre leger ikke forholder seg til viktigheten av det i situasjoner som dette. Maktforholdet og det man kan kalle en negativ relasjon mellom leger og representanter for legemiddelindustrien opprettholdes derved ved at leger som i denne episoden antakeligvis forholder seg til regelverket profesjonelt i hans virke, men samtidig viser en klar negativ holdning til det ved å utnytte det. Hvorfor tiltalte og oppførte denne legen seg mot meg som han gjorde? Og hvorfor kom den andre legen til meg senere og beklaget seg?

## Teori

Max Weber (1971) legger i sin skildring av makt vekt på hvordan maktforhold er vevd inn i samfunnslivet. De sosiale prosessene alle mennesker er involvert i hver dag, oppstår som et resultat av handling. Disse handlingene blir utført av meningssøkende aktører. Ingen handler uten at det ligger en mening eller et formål bak det. Ved at aktører fortolker egen og andres situasjon, vil de gjøre seg opp en mening og videre handle etter disse meningene. Men ikke bare fortolkning og mening legger grunnlag for handling. Aktører handler innenfor et sosialt fellesskap som er

instituert gjennom lover, regler og normer. Ved at institusjoner anerkjennes blir de legitime. Igjen vil da aktører finne en mening innfor dette system, for så å handle. For å fortolke maktforhold krever Weber (1971) at en må ha kjennskap til disse sosiale prosessene. Dette fordi en større del av maktutøvelsen i samfunn ligger bakt inn i de mekanismer og relasjoner som utgjør sosiale prosesser (Weber, 1971). I caset jeg viste innledningsvis kan man se at maktutøvelsen legen utførte ovenfor meg ikke ble eksplisitt uttalt, men bakt inn i relasjonen han tydeliggjorde ovenfor meg. Han hadde en oppfattning av hvordan denne relasjonen var og handlet deretter. Den sosiale prosessen dette utgjorde forstod jeg ikke først, men ved å kunne spørre en annen lege som var av en annen oppfattning av forholdet mellom leger og ansatte i legemiddelindustrien, fikk jeg kjennskap til disse sosiale relasjonene og kunne dermed tolke situasjonen.

”Ved ”makt” vil vi her alment forstå et eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (Weber, 1971:53). Definisjoner som denne er blitt sterkt kritisert av for eksempel Lukes (2005), med påstand om at de er endimensjonale. Lukes (2005) mener slike definisjoner blir altfor snevre ved at de ikke dekker alle forhold som spiller inn på en aktørs mulighet til å utøve makt. Derimot mener Engelstad (1999) at definisjoner som dette dekker hele tre dimensjoner, og dette er også de tre nødvendige dimensjonene for å kunne bruke begrepet makt i en Weberiansk forstand. Ved å kombinere de tre dimensjonene intensjoner, relasjoner og kausalitet, vil disse forholdene overlapp hverandre og dekke både hensikten med en handling, relasjonen mellom aktørene og årsakssammenhengen ved handlingen. Dette beviser igjen Webers poeng om at makt er noe relasjonelt (Engelstad, 1999:15-43). Men makt er ikke makt hvis det ikke finnes noe resultat. Selv om en aktør innehar makt og utfører en handling med et bevisst mål, kan ikke dette kalles makt med mindre handlingen bidrar til å oppnå målet med handlingen (Weber, 1971). En politiker som handler i tråd med et mål han har satt seg, men ikke oppnår dette målet, vil ikke ha utført en maktutøvelse. Dette resultatet av en handling kan for eksempel være omfordeling av goder, forandring av

---

sosiale tilstander eller endret atferd. Men resultatet må alltid være følgen av en handling (Weber, 1971). I denne sammenhengen kan man si at legemiddelindustrien i Norge har en begrenset makt. Industrien har et klart mål, selge medisiner, bidra til forskning og lære bort kunnskap, men de klarer ikke oppnå alle resultater de ønsker. Dette finnes det flere grunner til, men hovedårsaken kan være at staten i legemiddelindustriens øyne har tredd strenge lover og reguleringer over hodet på dem som gjør at de ikke kan kommunisere med publikum og at media skriver generelt negativt om industrien. Dette bidrar til at deres mål ikke blir nådd.

Legemiddelindustriforeningen (LMI) er likevel et forsøk på at nå disse målene. Industrien prøver altså å følge prinsippet om mobilisering og organisering, som vil bli tatt opp senere i kapitlet.

Ved å fokusere på en klassisk handlingsmodell kan det være lettere å se både hensikten, relasjonen og årsakssammenhengen til en handling. Aktøren må inngå i fire forskjellige saksforhold. 1) aktøren må ha oppfatninger om hvordan verden er og hvordan verden kunne ha vært, 2) aktøren må ha verdier og mål, her inkludert en oppfatning om hvordan verden burde være, 3) aktøren må ha ressurser som status, utdanning eller kapital, og 4) aktøren må inneha alternative handlingsmuligheter til den opprinnelige handlingsmåten. Men selv om aktøren inngår i alle fire saksforhold, er fortsatt muligheten for å utøve makt avhengig av aktørens evne til å kommunisere med omverdenen. Både ved språklig og ikke-språklig kommunikasjon og ved hjelp av symboler, må aktøren gjøre seg forstått av de aktøren retter seg mot (Engelstad, 1999:15-43). Legemiddelindustrien har 1) en oppfatning av hvordan verden er, og hvordan den kunne vært, 2) egne verdier, mål og tanker om hvordan verden kunne sett ut, 3) status og kapital, og 4) alternative handlingsmåter. Så selv om legemiddelindustrien inngår i alle disse fire saksforhold, er deres oppfattelse av hvordan verden er, hvordan den kan være og verdier og mål, ulike de andre aktørenes. Og de andre aktørene setter begrensninger for hvordan industrien kan handle. Når industrien da ikke klarer å kommunisere på en forståelig måte til media og staten, vil de heller ikke klare å utøve en reell makt over disse partene. De snakker

rett og slett to forskjellige språk og dette hindrer også deler av det nødvendige samarbeidet mellom partene.

En svakhet ved denne handlingsmodellen, er at den går ut i fra at aktøren er autonom og i stand til å formulere egne mål og treffe helt egne beslutninger ut i fra disse. Dette er ikke alltid tilfelle, da aktør A kan ha såpass makt over aktør B, at A svekker B's følelse av eget verd, og da B's mulighet til å utforme egne verdier, mål og slutninger, som igjen fører til handlinger (Engelstad, 1999:15-43).

Et annet viktig element ved Webers omhandling av makt, er ikke bare maktutøvelsen i seg selv, men også den potensielle makten. Makt av latin er potentia, som igjen spores til ordet potensial. Potensialet til å utøve makt kan altså være en like stor fordel å inneha som selve maktutøvelsen. Muligheten til å kunne bruke trusler og symbolbruk for å kunne tvinge igjennom sin mening, er minst like virkningsfull som ved en reell maktutøvelse. Dette kan også kreve mindre ressurser av den aktøren som utfører makten (Weber, 1971). I vårt samfunn er det staten som sitter på denne potensielle makten. Dette fordi de er lovgivende, og fordi de kan tvangsilegge legemiddelindustrien visse handlinger.

For å utvide maktens grunnlag hos en aktør eller en gruppe kreves samordning og organisering. En krevende innsats og et intrikat system for å bygge opp en slik organisasjon kan langsiktig gi rikelig med makt til gruppen. Men det skilles mellom legitim og ikke-legitim makt. Den legitime makten er anerkjent av samfunnet og på denne måten får herskeren utøve makt i fred fordi han forholder seg til de rammebetingelser som på forhånd er lagt. Statsmakt er ofte per definisjon legitim. Om herskeren begrunner sin makt gjennom demokrati, religion eller karisma, er likegyldig så lenge samfunnet anerkjenner hans posisjon og makt. Ikke-legitim makt kan for eksempel ha blitt tatt ved hjelp av vold eller trusler, og er på ingen måte anerkjent av samfunnet. Den legitime makten spinner rundt myter bygget opp rundt herskeren. Det kan for eksempel være myter om et direkte forhold til Gud (Weber, 1971).



---

Legemiddelindustrien havner her i midten av et paradoks. Jeg har tidligere nevnt at man kan si at medisin er vår tids religion (McGuire, 1997). Folk legger ofte sine liv i medisinenes hender og har en utvilsom tro på medisin og legemidler. På samme tid blir produsentene bak legemidlene ikke tillagt denne anerkjennelsen og denne tiltroen. Medisinen og biologien er gud, legene står i direkte kontakt med gud og oppnår på denne måten udiskuterbar og legitim makt, men produsentene bak mange av legenes hjelpemidler, legemiddelindustrien, får i dag ikke ta del i denne anerkjennelsen. Man kan si at det er det eksistensielle, legene og legemidlene som er bindeleddet mellom gud og mennesket. Hvis en fortsetter å følge denne metaforen kan en si at legemiddelindustrien tjener uhorvelige store mengder penger på religion. Industrien prøver å påvirke prestene, altså legene, til å følge deres retning innenfor religionen, og denne retningen er altså hvilken medisin og valg av type behandling. Like lite som det greit å tjene penger på folks tro, er det altså greit å tjene penger på folks helse. God helse er et relativt begrep, men å ha det så godt som man kan, føles av de fleste som en menneskerettighet.

En organisasjon eller gruppe som vil utvide sitt maktgrunnlag og oppnå legitim makt vil altså måtte oppnå samfunnets anerkjennelse. Men ikke alle grupper har makt. Noen har liten makt, ved at de har få ressurser og da få handlingsmuligheter, mens andre grupper opplever avmakt. Avmakt kan godt ramme ressurssterke aktører, for det er ikke ressursene det skorter på, men muligheten for gruppen til å koordinere sine interesser med sine ressurser. De klarer altså ikke å samle til kollektiv handling (Engelstad, 1999:15-43). En mulig tolkning i denne sammenheng kan være at legemiddelindustrien på mange måter klarer å samle til kollektiv handling gjennom Legemiddelindustriforeningen og de har voldsomme ressurser å gå på. Men for å oppnå legitim makt må de også ha samfunnets anerkjennelse. Samfunnet og dets publikum blir påvirket av media og media er svært kritiske til legemiddelindustrien. Industrien kan ikke kommunisere gjennom noen annen kanal enn media på grunn av loven, så noe alternativ finnes ikke. De vil derfor på tross av sine ressurser og kollektive handling ikke oppnå anerkjennelsen som fører til legitim makt.

Makt opererer også alltid innenfor et hegemoni. Hegemoniet bidrar med tenkemåter og oppfatninger som igjen kan bidra til å legitimere en gruppes dominans (Weber, 1971). Tidligere var legemiddelindustriens dominans i samfunnet, i forskningen, og i økonomien ikke diskutert blant folket. Legemiddelindustriens hegemoni ble godtatt og ikke stilt spørsmålsteget ved. Etter flere stygge episoder dreid rundt bivirkninger, underslag og behandlingsvirkning fortrinnsvis i USA, og episoder som Fosamax - saken og Marevan – saken her i Norge, ble samfunnet mer kritiske til industrien.<sup>17</sup> Det foregikk et paradigmeskifte innen medisinen verden. Det ble klart at legemiddelindustrien ikke var verdens velgjørere, men økonomer, markedsførere og jurister med et hovedmål for øyet; tjene penger. Dagens hegemoni har derfor bidratt med tenkemåter og oppfatninger som stiller spørsmålsteget og er kritiske til legemiddelindustrien og industrien har dermed mistet mye av sin makt og dominans. I eksempelet jeg viste til innledningsvis kunne man se legens negative holdning til ansatte i legemiddelindustrien, da implisitt meg som ansatt i Schering-Plough. Jeg tolker dette som et uttrykk for legens oppfattelse av leger som høyerestående enn legemiddelindustrien i et hierarki og at han klart viste at legemiddelindustriens makt og dominans ikke lenger var så stor som den en gang hadde vært.

## Legemiddelindustriforeningen - LMI

Både norske og utenlandske bedrifter som selger legemidler i Norge, har sin egen bransjeorganisasjon: Legemiddelindustriforeningen (LMI). 44 legemiddelbedrifter i Norge er medlem av LMI (per 1. april 2008). Foreningens sentrale arbeid dreier seg rundt myndighetskontakt, profilering av industrien, forskning og legemiddelstatistikk. Utdanning og kursing av ansatte i legemiddelindustrien er også et av satningsområdene. LMI har to datterselskaper; Farmastat, som produserer og selger legemiddelstatistikk, og Felleskatalogen, som produserer Felleskatalogen som er en oversikt over alle legemidler i Norge. (Tall og fakta, 2007:6).

---

<sup>17</sup> Se kapittel 6: "Makt i strukturer" for utfyllende informasjon om disse sakene

---

LMI arbeider for at legemiddelindustrien skal anerkjennes som en viktig bidragsyter til helse og livskvalitet i Norge. Norske pasienter skal sikres rask tilgang til riktige og kostnadseffektive legemidler. For å oppnå dette må legemidler ikke utelukkende betraktes som en utgiftspost på statsbudsjettet, men som viktige innsatsfaktorer i helsetjenesten. Det er også viktig at rammebetingelsene for industrien gir rom for forskning og utvikling av nye medisiner, og at det stimuleres til vekst i farmasøytisk virksomhet i Norge.

(Tall og fakta, 2007:6)

## Legemiddelindustriens avtaler med andre parter

Legemiddelindustriforeningen (LMI) har inngått avtaler med ulike samarbeidende parter. Avtalen er mellom LMI og De regionale helseforetak, Den norske Lægeforening og Norsk sykepleierforbund. Retningslinjene i disse avtalene er i høy grad førende for legemiddelindustriens representanter, i tillegg til lov om legemiddelinformasjon. I Schering-Plough opplevde jeg til stadighet at det ble referert til disse avtalene, både i situasjoner der man diskuterte hvordan en representant skulle gå frem for å nå for eksempel en lege eller sykepleier, men også i etiske diskusjoner om legemiddelindustriens "frynsete" rykte og arbeidsmetoder. Jeg vil bare kort skissere hovedinnholdet i avtalen mellom De regionale helseforetak og LMI, dette fordi mine informanter hovedsakelig forholdt seg til sykehusansatte da Remicade gis på sykehus.<sup>18</sup> Dette er viktig for å kunne forstå mine informanternes daglige virke i samhandling med helsepersonell.

I samhandling med helseforetak skal invitasjoner til møter, kurs og kongresser alltid sendes til administrerende direktør eller den han/hun har delegert ansvaret til. Alle andre møter skal være avtalt på forhånd, og uanmeldte besøk skal ikke finne sted. Helsepersonell skal ikke motta gaver, med mindre den er av ubetydelig verdi (Avtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Den norske lægeforening om retningslinjer

---

<sup>18</sup> Utfyllende informasjon om disse avtalene finnes i appendix 3.

for samarbeid og samhandling mellom leger, Legeforeningen og legemiddelindustrien, 2004).<sup>19</sup>

Håndhevelse av avtalene fungerer ved at et selvjustisorgan opprettes; Rådet for legemiddelinformasjon. Både samfunnets, legenes og industriens interesser ivaretas best ved at organet også består av personer som ikke kan knyttes til noen av partene. Selvjustisorganets oppgave vil være å tolke regelverket og ta stilling til enkeltsaker. Organet vil arbeide på vegne av både Den norske lægeforening og LMI og kan bøtelegge bedrifter som ikke følger regelverket. Samfunnet har krav på, og skal få, orientering om brudd på regelverket. Avgjørelsene i selvjustisorganet vil derfor publiseres etter nærmere retningslinjer (Avtale, 2004).

I sammenheng med å vise makt på mikronivå vil jeg vise to ulike case som jeg mener kan bidra til å belyse relasjonen mellom mine informanter og helsepersonell og hvordan jeg mener de ulike partene er påvirket av regelverket på ulike måter.

## Bare en selger

I forbindelse med et legemøte i Midt-Norge, fikk jeg være med på en presentasjon av Remicade. Vi reiste tidlig med fly fra Gardermoen opp til møtet der vi møtte cirka 10 leger som skulle være med på møtet. Representanten fra Schering-Plough jeg reiste med denne dagen, Betty, var jeg på forhånd svært imponert over. Hun hadde gode kunnskaper om produktet og helse generelt og hun var svært dyktig til å legge frem produktet og oppdateringer for helsepersonell. Det var ikke bare jeg som hadde bitt meg merke i dette, andre leger og sykepleiere hadde også rost henne både i plenum og til meg alene, særlig fordi hun var så ærlig om bivirkninger og faktisk la en hovedvekt på dette i sine presentasjoner. Sykehuset vi var på kan sies å ligge litt lengre etter andre sykehus i bruk av Remicade og dette ble reflektert i legenes spørsmål og kunnskap om produktet. En av legene, som tidlig på møtet fremstod som en autoritetsperson, var klart skeptisk til produktet. Men det jeg bet meg merke i var

---

<sup>19</sup> Heretter referert til som "Avtale, 2004".

---

ikke hans skepsis, mens hans forsøk på å regelrett dumme ut Betty implisitt ved kommentarer som siktet til at hun var ikke lege, men bare en selger. På et tidspunkt tok han nesten over møtet og forklarte de andre fremmøtte hvordan ting ”egentlig” var. Betty hentet seg likevel fort inn på en god måte ved å ta tilbake kontrollen. Møtet var fort over på grunn av legens hektiske hverdag, og Betty og jeg dro tilbake til flyplassen med retur Oslo. Det som i etterkant har slått meg med episoden på møtet var at legen var svært oppmerksom på at det er et strengt regelverk rundt deres samhandling og at dette regelverket eksplisitt gir uttrykk for at leger er de medisinske ekspertene mens representanter for legemiddelindustrien er selgere. Man kan da si at episoden jeg har vist til er et uttrykk for et maktforhold mellom leger og legemiddelselgere.

### “Det skal lite til for å bli påvirket”

Et annen episode oppstod i forbindelse med en vanlig arbeidsdag ved Schering-Ploughs kontorer på Fossum. Jeg og Helge, en ansatt ved en annen avdeling på huset, møtes tilfeldigvis ved en kaffepause. Vi bestemmer at vi skal sette oss ut i vårsola. Vi blir sittende å snakke litt generelt om legemiddelindustrien og regelverket. Det er da han som den første jeg hadde hørt det fra i Schering-Plough, forteller meg at han er skeptisk til at regelverket ikke er strengere. Han forteller meg at han synes det er litt drøyt at de kan ta med helsepersonell på møter og konferanser med etterfølgende middag og vin. Han er enig i at regelverket de jobber etter er strengere enn i andre industrier på dette området, men det er ikke strengt nok forteller han. Videre ser han på meg og sier: ”det skal lite til for å bli påvirket og føle lojalitet til andre”. Denne episoden viste meg at ansatte i legemiddelindustrien kan være enige i det strenge regelverket, og også synes at det ikke er strengt nok på grunn av industriens mulighet til påvirkningsmakt.

## Hva har jeg vist med makt her?

Sosiale prosesser oppstår som et resultat av handling og blir utført av meningssøkende aktører. Disse aktørene handler innenfor sosiale fellesskap som er instituert gjennom lover og regler (Weber, 1971). Derfor har jeg i dette kapitlet vist lovene og reglene som relasjonene mellom helsepersonell og legemiddelindustrien på mange måter er definert etter. Disse lovene og reguleringene legger føringer og villkår for handlingen som foregår på mikronivå mellom aktørene. Ifølge Weber (1971) ligger maktutøvelse bakt inn i disse relasjonene.

Engelstad (1999) viser fire saksforhold en må inngå i for å utøve og oppnå handling og da en makthandling. Her viste jeg at legemiddelindustriens virkelighetsforståelse og premisser er ulike de andre aktørenes og de klarer derfor ikke å kommunisere godt. Dette kan også settes i sammenheng med Luhmanns (1979) teorier om hvordan makt oppstår og er utviklet i en sfære og da vanskelig kan overføres til en annen sfære.<sup>20</sup>

En kan dele makt inn i legitim makt og ikke-legitim makt. Den legitime makten kan begrunnes gjennom demokrati, religion eller karisma (Weber1971). Som forfektet har medisin tatt over religionens plass i vårt samfunn (McGuire, 1997). Og medisinen vil derfor oppnå mye makt på grunn av dette, men ikke legemiddelindustrien bak medisinen, fordi bindeleddet mellom offentligheten og medisinen, da Gud, er det eksistensielle. I denne sammenheng kan man også se til prinsippet om ideologisk makt, da implisitt også religion, og da vil legemiddelindustrien tjene penger på religion og ikke oppnår legitim makt.<sup>21</sup>

Legemiddelindustrien i Norge oppnår i dag ikke den anerkjennelsen blant offentligheten som kreves for å videre oppnå legitim makt. Dagens hegemoni innebærer en kritisk holdning til legemiddelindustrien. Sett store offentlige utgifter til

---

<sup>20</sup> Jf. kapittel 7: "Hvordan makt brukes".

<sup>21</sup> Jf. Kapittel 6: "Makt i strukturer".

---

legemidler i sammenheng med en kritisk holdning til legemiddelindustrien, vil dette innebære et strengt lovverk rundt samarbeid mellom leger og legemiddelindustrien.

Det første caset mitt viste spenningen mellom leger som etterlever regelverket og også de som viser makt i seg selv ved å forholde seg negative til det. Det andre caset jeg presenterte viste hvordan maktforholdet mellom helsepersonell og mine informanter i stor grad bunnet i regelverket. Leger oppnår i tillegg stor makt gjennom sin yrkesprofesjon, som de videre forfektet ovenfor mine informanter. Det siste caset jeg presenterte viser at det å i det hele tatt sette et strengt regelverk er en maktutøvelse i seg selv og at det blant flere i Schering-Plough oppfattes som en nødvendig handling.

Kapittelet viser klart hvordan makt internaliseres i kroppene våre (Weber, 1971) og dermed legger føringer for handling og rolleutøvelse. Min analyse og tolkning av situasjonene casene viser til er tolket etter en fenomenologisk metode der jeg har brukt min egen kropp og min erfaring for å lese situasjonene. Jeg har prøvd å avdekke den internaliserte makt i mine informanter. Jeg tar derfor høyde for at situasjonene kunne blitt tolket på en annen måte.

Kapittel 4 viste at makt finnes i medisinen i seg selv og hvorfor den gjør dette.

Kapittel 5 har vist at relasjonene mellom helsepersonell: forvaltere av medisinen, og legemiddelindustrien: produsenter av medisinen, er preget av et maktforhold som på mange måter kan sees på som en forhandling om å befinne seg på toppen av et hierarki. Forholdet er fylt av maktreelasjoner og jeg har forsøkt å avdekke noen av disse og hvordan partene er organisert og regulert i den hensikt å styre maktforholdet. Dette for å vise til den del av min problemstilling som omhandler hvordan mine informanter oppfattet samhandling med andre parter. Neste kapittel vil gi en ramme til forholdet mellom legemiddelindustrien og helsepersonell og viser hvordan strukturene rundt forholdet er bygget opp.

## 6. Makt i strukturer

Dette kapittelet er bygget opp ved at jeg først viser til en samtale jeg hadde med en av mine informanter, som kan illustrere deres tanker om legemiddelindustriens forhold til staten og etikk i industrien. Så tar jeg for meg teori om makt i strukturer, for så å vise hvordan statens politikk innvirker på legemiddelindustriens virke og hverdag. Deretter vil jeg kort presentere de ulike aktørene innen legemiddelpolitikken, for så å gi en presentasjon av statens tanker rundt legemiddelpolitikk i fremtiden. Dette for å vise hvordan enhetene og strukturene innen legemiddelpolitikken er bygget opp. Jeg vil så vise til hvordan samhandling mellom legemiddelindustrien og leger foregår, sett hovedsakelig med myndighetens øyne. Et neste avsnitt vil vise et case der jeg møtte en informant i Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) og fikk førstehåndskjennskap til tanker en representant for staten hadde om legemiddelindustrien og statens politikk. Til slutt vil jeg vise hvordan makt på makronivå kan settes i sammenheng med mine informaners hverdag og mulige årsaker til hvorfor mine informanter snakket om denne makten på den måten de gjorde. Kapittelet vil vise til den delen av min problemstilling som omhandler hvordan ansatte i Schering-Plough oppfattet sin egen industri og legemiddelindustrien som en helhet. Kapittelet vil i hovedsak presentere problematikken sett med myndighetens øyne og mine kilder til informasjon om emnet reflekterer dette.

### “Noen må jo ta den jobben...”

I forbindelse med et internt prosjekt angående hospitering av sykepleiere, spurte Sara meg om jeg ville bli med for å se hvordan de jobbet. Møtet i seg selv var ikke så interessant, men på slutten av møtet dreide samtalen seg inn på etikk. Det ble snakket om etiske retningslinjer rundt behandling av pasienter først, men etter hvert ble det snakket om legemiddelindustrien og statens rolle som innvirkende faktorer på en etisk riktig behandling av pasienter. Sara tok ordet, lente seg mot meg og sa bestemt: ”det vil aldri være en balanse rent etisk sett mellom industrien og sykehusene. Hadde



---

det vært det hadde vi ikke vært innblandet i det hele tatt. Problemet er at staten ikke betaler for de tjenestene vi kan tilby som for eksempel kursing”. Videre sa Sara at legemiddelindustrien tjener penger på helse og menneskene bak pasienten, altså helsepersonellet, men staten har jo ikke nok penger til å utvikle nye medisiner eller behandlinger: ”noen må jo ta den jobben...”. Ut av denne episoden forstod jeg det slik at det er staten som har makten til å utvikle lovverk og sette rammer for samhandling og det er også de som kan sette klare retningslinjer for legemiddelindustrien. Likevel mente mine informanter at staten var avhengig av dem og derfor burde de gi dem mer aksept. Slik jeg ser det er dette forholdet preget av en drakamp, der hver av partene prøver å oppnå mest mulig makt over den andre parten. Denne episoden er en av de få uttalelsene jeg i løpet av feltarbeidet fikk omhandlende staten av mine informanter. Hvilken makt er det staten sitter på? Hvordan tenker og forholder mine informanter seg til den? Og hvorfor snakket mine informanter så sjelden om myndighetene og denne makten de hadde?

## Teori

Strukturell makt er makt på makronivå. Dette er makt vi er omsluttet av, men ofte ikke tenker på som makt. Samfunnets normer er makt, og ideologien vi lever etter er makt. Ved at vi følger disse normene eller denne ideologien, har strukturen makt over oss. Men det er ingen spesiell aktør som sitter på denne makten. Det er strukturens makt, som blir gitt aktører i kraft av at aktøren er en del av en bestemt struktur (Engelstad, 1999:7-15). Lukes (2005) mener den strukturelle makten er tredimensjonal. Makt består av beslutninger, dagsordensetting og ideologisk makt. Alle disse forholdene virker sammen inn på den endelige utøvelsen av makt. Dermed kan det være vanskelig, om ikke umulig, å se hvem som utførte makthandlingen og hvem som hadde makten i utgangspunktet; det er en strukturell makt (Lukes, 2005). Et praktisk eksempel kan være å prøve å finne ut om legemiddelindustrien, staten eller media utførte en handling, startet handlingen eller i utgangspunktet tok initiativ til handlingen. På samme måte er det ikke sikkert det endelige resultatet av

handlingen ble slik som de forskjellige aktørene hadde tenkt seg. En maktanalyse av handlingsrommet der stat, industri, media og samfunn oppholder seg, kan dermed synes å være umulig fordi den strukturelle makten alltid vil spille inn.

Bourdieu (1977) mener individer følger strategier de ikke er klar over selv. Følgene er at individers handlinger blir rettet mot å opprettholde gruppens posisjon. Men dette uten at individene tenker over det selv. "Structured structures predisposed to function as structuring structures" (Bourdieu, 1977:72). Denne teorien bygger på en grunnleggende ide om at individer ikke selv er i stand til å se klart hva som foregår i sosiale prosesser (Bourdieu, 1977).

Vi kan også skille mellom teorier om sterk og svak strukturell makt. Uansett makttype må makten bygges på stabilitet og integrasjon. Stabilitet i et system må finnes for å kunne opparbeide seg makt uten at systemet til stadighet forandres og makten må integreres i systemet. Den sterke strukturelle makten hviler på at reproduksjon av makt skjer utilsiktet og bak aktørenes rygg. En rekke aktører tilpasser seg en form for makt, men de vet ikke at de gjør det. Disse teoriene hovedargument er at hvis aktørene hadde visst at de ble utsatt for en maktutøvelse, ville det ikke ha vært strukturell makt. Man kunne da identifisert maktutøveren og som et autonomt individ valgt om man ville følge maktutøvers vilje. Teorier om den svake strukturelle makten hviler på at sosiale institusjoner er opprettet gjennom hensiktsrettet handling. Individet i seg selv er ikke offer for noen maktpåtvinging, men institusjonen er opprettet innenfor et samfunn som bygger på visse verdier og mål. Roller innenfor institusjonene er bygget opp for å bevare disse verdier og mål og på den måten videreføres stadig makt innad i institusjonen (Engelstad, 1999:7-15).

Både Habermas (1984) og Foucault (1999) nevner med sine egne begreper former for sterk strukturell makt. De legger i dette at aktører ikke ser at de blir styrt av makt, fordi maktstrukturene er blitt så internalisert i dem. Foucault (1999) kaller dette den produktive makten, i opposisjon til den begrensende makten. Hans *ressonnement* hentes fra den førmoderne tid der makt var makten til å "ta andres liv". Mens utover 1700- og 1800-tallet dreide makten mot "makt over livet". Den brutale makten ble

---

mindre fremtredende og makten virket heller gjennom institusjoner som grep inn i menneskets psyke, liv, kropp og sjel. Denne formen for makt formet menneskets tankemønstre, atferd og bevissthet. Den produktive makten er altså disiplinerende selv om individet ikke nødvendigvis er klar over det selv (Foucault, 1999).

På grunnlag av disse teorier om makt, vil jeg legge vekt på en gjennomgang av stat og lovverk, selv om dette ikke har vært hovedfokus hos mine informanter. Jeg ser på en gjennomgang slik jeg vil presentere her og gjennomgangen jeg gav av lovverk i kapittel 5 som svært viktig for å mulig foreslå at dette kan være former for sterk strukturell makt mine informanter ikke selv var klar over.

## Statens velferdspolitik og innvirkning på legemiddelindustrien

Norge er en velferdsstat bygget opp omkring sosialdemokratiske prinsipper. Velferdspolitikken bygger i stor grad på en samlet enighet i samfunnet om at det offentlige har ansvaret for folks velferd. Folks velferd i denne sammenhengen konsentrerer seg rundt at et hvert individ skal ha muligheten til å skaffe seg en utdanning, arbeid, bolig og medisinsk hjelp (Piller, prioritering og politikk, 1997:kap.4).<sup>2223</sup>

Ved at staten har opprettet et omfordelingssystem basert på et nett av overføringer og et skatte- og avgiftssystem som omfordeler ressursene blir velferdspolitikken forsøkt opprettholdt. Det viktigste overføringssystemet i Norge er folketrygden. Ordningen kan deles opp i to hovedgrupper. Den første gruppen er sosiale forsikringsordninger mot sykdom og arbeidsledighet. Ved disse ordningene betaler samfunnsmedlemmene inn ”forsikringspremier”, altså skatt, for så å bruke sin forsikring ved en utilsiktet

---

<sup>22</sup> NOU 1997:7, *Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* Dette dokumentet er en utredning fra Sosial- og Helsedepartementet gjort i 1995 og utgitt i 1997. Utredningen ble gjort fordi regjeringen så det nødvendig å få en gjennomgang av refusjon til legemidler på blå respekt, da myndighetene var bekymret over de økte utgiftene til legemiddelbruk.

<sup>23</sup> Heretter referert til som PPP, 1997.

hendelse som rammer helse eller arbeid. Den andre gruppen er kjennetegnet ved å være sosiale stønadsordninger der ytelsen ikke er knyttet opp til innbetalt ”forsikringspremie”. Et eksempel på en slik ordning er blåreseptordningen (PPP, 1997:kap.4).<sup>24</sup> Det er denne gruppen av stønader som skiller velferdsstatens helseordning fra for eksempel USA der staten er bygget opp rundt liberale markedsprinsipper og ethvert individ selv tar ansvar for egen helseforsikring. Helse er et spesielt viktig grunnleggende gode innenfor velferdsstaten Norge (PPP, 1997:kap.4). I 2006 ble det brukt over 186 milliarder kroner på helse i Norge. Dette er en dobling i løpet av de siste 10 årene (St.prp. nr 1 2007-2008, 2007:12). Alle samfunnsmedlemmer skal ha lik tilgang til helsetjenester og medisinsk hjelp. Men helsetjenester fordeles ikke alltid likt eller rettferdig. Dette er avhenging av hvordan definisjonen av likhet tolkes. Hvis likhet skal sees som alle menneskers rett til å være friske, vil det aldri bli et likt helsetilbud til alle innbyggere. Moderne medisinsk behandling kan ikke redde eller helbrede alle. Noen vil derfor aldri bli friske (PPP, 1997:kap.4). På bakgrunn av denne umuligheten foreslo Sosial- og helsedepartementet i 1994 følgende definisjon av likhet i forbindelse med helse som skulle ligge til grunn for deres prioriteringer:

Helsetjenester bør fordeles slik at alle skal kunne bli så friske som de etter sine muligheter har forutsetning for. Tilbudet bør være like tilgjengelig, relevant og faglig godt for alle uavhengige av kjønn, seksuell legning, etnisk bakgrunn, religiøs tilknytning, sosial status eller bosted.

(PPP, 1997:54)

I en søken etter å oppnå god helse på grunnlag av denne definisjonen, vil legemidler spille en stor rolle. Men måten legemidler kommer til brukerne på avhenger av flere ulike faktorer, deriblant den største; legemiddelpolitikken.

---

<sup>24</sup> Blåreseptordningen går ut på at pasienter med kronisk og alvorlig sykdom hvor det er nødvendig med langvarig medikamentell behandling, skal få refusjon av sine utgifter til behandling.

---

## Legemiddelpolitikkenes aktører

Produsentene bak medisinene er som regel store internasjonale og multinasjonale selskaper med private eiere. Utenlandske produsenter står for 85 % av legemiddelomsetningen i Norge. Over 90 % av nye produkter på markedet stammer fra legemiddelindustriens egne forskings- og utviklingsaktiviteter. Gjennom grossister selger legemiddelindustriene sine produkter. Grossistene selger igjen legemidlene inn til apotekene som igjen sørger for at de riktige pasientene får de riktige medisinene. Legemiddelmarkedet i Norge er altså sterkt regulert og myndighetene har stor innvirkning på rammebetingelsene for denne salgskjeden, helt fra utviklingen til legemidlet når pasienten (PPP, 1997:kap.3).

### Myndighetene

Legemiddelmarkedet skiller seg vesentlig fra de fleste andre markeder i Norge ved at det er sterkt gjennomregulert fra myndighetenes side. Når staten griper inn for å regulere et i utgangspunktet privat marked, er det i den mening at samfunnet som helhet antakeligvis er bedre tjent med en regulert løsning. Omfattende offentlig styring vedtar hvilke legemidler som blir solgt, legemiddelpriser og refusjonsordninger. Legemidler har stor innvirkning på folks helse og staten vil derfor sikre brukerne rimelig tilgjengelighet til legemidler. Dette skal gjøres gjennom en målsetting om å sikre kvalitet, sikkerhet og effekt. Målsetning nåes gjennom at legemiddelets navn, pakningsstørrelse, teknisk utstyr, emballasje, merking, pakningsvedlegg og preparatomtale må godkjennes før markedsføring (PPP, 1997:kap.3.2). Ansvar for gjennomføringen er fordelt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Norsk Arbeids- og velferdskontor (NAV), Statens legemiddelverk og Sosial- og helsedirektoratet. Helse- og Omsorgsdepartementet er den overordnede instans for norsk legemiddelpolitikk og dermed ansvarlig for den samlede politikken. Departementets oppgaver omfatter de budsjettmessige og politiske sider ved refusjonsordningen (Legemidler: HOD, 2008).

NAV har et lovbestemt ansvar for folketrygdens refusjonsordning for legemidler og trygdeordninger. Ansvaret innebærer også forberedelse og iverksetting av endringsforslag i folketrygdloven og forskrifter vedrørende godtgjørelse av utgifter til viktigere legemidler (Legemidler: HOD, 2008).

Statens legemiddelverk (SLV) har ansvaret for godkjenning av nye legemidler med hensyn til kvalitet, sikkerhet og effekt. De utsteder også nye markedsføringstillatelser for legemidler og klassifiserer også hva som er legemidler. SLV har også ansvaret for å overvåke legemidler som allerede er godkjent med tanke på legemiddelreklame og maksimalpris. SLV har en egen avdeling for legemiddeløkonomi som blant annet arbeider med kartlegging av trygdens kostnader ved utgiftsrefusjon for nye legemidler og maksimalpriser på legemidler (PPP, 1997:kap.3.2). SLV skal oppsummert bidra til at legemiddelpolitiske og refusjonspolitiske mål blir nådd (St.prp.1 2007-2008, 2007).

Sosial- og helsedirektoratet koordinerer arbeidet med utvikling og gjennomføring av faglige retningslinjer på nasjonalt nivå. Direktoratet har også ansvaret for regelverket om rekvirering og håndtering av legemidler i helsetjenesten (Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, 2005:kap.2.2.1).<sup>2526</sup>

Mine informanter hadde et ambivalent forhold til denne statlige ordningen:

Det er ikke rart at pasienter ikke får det de trenger når de som sitter i staten og bestemmer hvilke medisiner som skal gis ut, er økonomer og politikere, og ikke leger og biologer... De som sitter på "tinget" regner ut hva ting vil koste, ikke hvor mange som vil bli friske på en best mulig måte. Uansett hva de sier, så vet de egentlig ikke hva de driver med.

Helge, administrasjonen

---

<sup>25</sup> Stortingsmelding nr. 18 (2004-2005), *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken*. Meldingen ble skrevet etter tilrådning fra Helse- og Omsorgsdepartementet og skulle gi "en bred og helhetlig gjennomgang av blåreseptordningen, herunder også prosedyrer for saksbehandlingen og bevilgningsmessige ordninger". Meldingen skulle også inneholde "...riktig forskrivning av legemidler, forholdet mellom legemiddelindustri og leger, behovet for forskning og produsentuavhengig informasjon...".

<sup>26</sup> Heretter referert til som Rett kurs, 2005.

---

## Legemiddelindustrien

Det finnes cirka 300 legemiddelbedrifter med markedsføringstillatelse i Norge (Rett kurs, 2005:kap.2.2.3). Legemiddelindustrien gir samfunnet både inntekter og utgifter. På den ene siden må samfunnet betale store summer for refusjon av nødvendige legemidler, mens på den andre siden genererer industrien store summer tilbake til samfunnet ved skatter, avgifter og arbeidsplasser, samt at befolkningen kan få en bedre helse og flere kan være i arbeid ved hjelp av legemidler.<sup>27</sup> Industrien står også for en omfattende aktivitet ved faglig oppdatering av norske leger i form av kurs og seminarer. Det skal likevel sies at denne aktiviteten er en del av legemiddelindustriens markedsføringsstrategier av sine enkelte legemidler. Legemiddelindustrien blir preget av statens regulering av markedet på den måten at refusjonspolitikken er en sentral ramme for industrien. En bedrift vil som regel jobbe hardt for at deres legemiddel skal komme på blå resept, hvis ikke vil den som regel ikke selge godt. Det vil da bli for dyrt for pasienten å bruke denne medisinen, og legen vil heller ikke skrive den ut hvis det finnes et likeverdig alternativ. Myndighetene regulerer også prosedyrer for godkjenning av nye legemidler, vilkårene for utstedelse av markedsføringstillatelse, bestemmelser om prisfastsettelse, patentregler og reklamebestemmelser (PPP, 1997:3.2.2).

Mine informanter var generelt opptatt av forandringen som hadde skjedd i legemiddelindustrien de siste årene:

Det er viktig å få forandringene som har skjedd innad i legemiddelindustrien de siste 10 årene frem i lyset. Hvis det fortsetter sånn som nå med et strengt refusjonssystem og ikke-samarbeidsvillig stat, kan Norge risikere å bli et u-land rent behandlings- og medikamentsmessig.

Sandra, ansatt i administrasjonen

---

<sup>27</sup> Caset i innledningen til kapittel 4: "Makt i medisinen" viste hvordan pasienten som hadde begynt på Remicade nå hadde fått "et nytt liv" og var tilbake i jobb.

## **Legemiddelimportører og grossister**

Samtidig som EØS-avtalen trådte i kraft, mistet det statlige aksjeselskapet Norsk Medisinaldepot AS (NMD) eneretten til innførsel og engrosomsetning av legemidler. På markedet i dag er det tre store grossistforetak: NMD, Holtung og Tamro (Rett kurs, 2005). Grossistene må kunne føre det utvalg av legemidler som etterspørres i det norske markedet og kunne levere disse hvor som helst i landet innen 24 eller 48 timer (PPP, 1997:kap.3.2.3).

Flere av informantene hadde sett seg lei på at det ble satt likhetstegn mellom importørene og grossistene og legemiddelindustrien. De mente at det klare skillet mellom de ulike partene ikke kom godt nok frem i mediediskusjoner vedrørende pris på legemidler: ”Endelig blir det satt fokus på noen andre enn oss! Det er ikke bare vi som opererer og tar ut overskudd i denne bransjen. Får bare håpe at media klarer å fremstille denne saken på en ordentlig måte.” (Andreas, legemiddelkonsulent. Uttalt under prisjukssaken mot norske legemiddelgrossister våren 2007).

## **Apotek**

Apotekene i Norge har enerett på salg av reseptpliktige legemidler til publikum. Omsetningene skjer gjennom private apotek og gjennom offentlige sykehusapotek. Apotekenes hovedoppgave er å yte farmasøytiske tjenester til brukerne og bidra til at befolkningen har tilgang på legemidler. En annen stor oppgave for apotekene er å bidra i arbeidet med kontroll og administrasjon av blåreseptordningen (PPP, 1997:kap.3.2.4). I Norge finnes det i dag litt over 600 apotek. Bare 33 av disse er offentlige sykehusapotek (Om apotekbransjen, 2008). Apotekene i Norge omsetter reseptpliktige legemidler for over 14 milliarder kroner i året. De reseptfrie legemidlene kommer i tillegg og utgjør cirka 2 milliarder kroner i omsetning (St.prp. nr.1 2007-2008, 2007).

Mine informanter uttalte til stadighet at offentligheten så på legemiddelpolitikken som bestående av to parter: staten og legemiddelindustrien. Det var viktig for dem å



---

synliggjøre at flere parter innvirket på det endelige produktet som ble tilbudt forbrukere; ”Det er ikke akkurat slik at apotekene ikke tjener noe da... hvis vi skal få pepper for at vi tjener masse og er grådige, burde virkelig noen ta en titt på apotekene” (Lise, produktspesialist).

## Legene

Legene i Norge sitter i hovedsak på retten til å foreskrive legemidler. I dag finnes det cirka 16 000 praktiserende leger, 4000 av disse er allmennleger (Rett kurs, 2005:kap.2.1.2). Valget av legemiddel til pasienten skal skje etter en medisinskfaglig vurdering og teller i siste instans mer enn pasientens eget ønske om behandling og vurderinger rundt dette. Samtidig som legen skal velge passende medisin, må legen også ta hensyn til refusjon. Legen skal vite at alle kriterier for refusjon er oppfylt før han eller hun skriver ut legemidler på blå resept. Likevel viser undersøkelser at leger har for lite kunnskap om prisforskjeller mellom behandlingsalternativer. Leger vil da ikke kunne oppfylle sin plikt om å ikke påføre folketrygden og pasienten unødvendige kostnader. Leger i Norge er generelt godt oppdatert om nyheter og fremskritt innen legemiddelverdenen. Dette gjennom etterutdanning, tidsskrifter og andre kollegaer, men også gjennom legemiddelindustriens markedsføringsaktiviteter (PPP, 1997:kap.3.2.5). En av legene jeg møtte under feltarbeid var et klart eksempel på denne oppfattningen av legemiddelindustrien som en bidragsyter til kunnskapsformidling og oppdatering av fagrelevant stoff:

Det var nettopp et oppslag i Dagbladet om et for nært samarbeid mellom leger og legemiddelindustrien...men når pusherne kommer på besøk til meg, har de for det første alltid fått lov til å komme på forhånd, de legger frem sannheten om produktet, de forteller om mulige alternativer, oppdaterer meg på ny info om sykdommen eller nye produktet på markedet. Ja, jeg får gratis penner og post-it - lapper, men i tillegg en mulighet om hjelp på veien til å hjelpe en pasient på best mulig måte.

Uttalt av lege i Oslo under sambesøk med Betty. Betty var ikke i rommet da han sa dette.

## Pasient – og brukerorganisasjoner

Pasienter i Norge er i dag ofte organisert gjennom pasientforeninger. Organisasjonene arrangerer informasjons-, opplærings- og veiledningstiltak ovenfor sine medlemmer. I tillegg opptre de også ofte som talerør for en pasientgruppe. En pasientorganisasjon og en legemiddelbedrift kan meget ofte ha sammenfallende interesser når det gjelder refusjon og blåreseptordning. En pasientorganisasjon vil jo gjerne at legemidler knyttet til deres sykdom skal komme på blå resept og legemiddelbedriften trenger at deres legemiddel kommer på blå resept slik at legenes forskrivningspraksis av dette legemidlet øker. Flere pasientorganisasjoner er av denne grunn opprettet med hjelp fra legemiddelbedrifter. Samarbeidet og alliansen mellom pasientgrupper og legemiddelindustri har i de senere årene sørget for å kunne legg et press på myndighetene og flere nye legemidler har kommet innunder folketrygdens budsjett (PPP, 1997:kap.3.2.6). I 2005 fikk for eksempel Diabetesforbundet 2 millioner kroner i støtte fra legemiddelindustrien, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon fikk 1,2 millioner, Psoriasisforbundet fikk 900 000 kroner, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke 750 000 kroner, og Norsk Revmatikerforbund mottok 700 000 kroner i støtte (Votvik, 2006). Mine informanter var klar over at disse opplysningene kunne virke mistenkelige, men mente en balansert fremstilling av dette samarbeidet var nødvendig:

Jeg skjønner jo at koblingen mellom legemiddelindustrien og en pasientorganisasjon kan virke litt uheldig ved første øyekast. Men vi er jo ute etter å oppnå det samme målet; bedre behandling for en spesiell pasientgruppe. Hvorfor skal vi ikke da få lov til å samarbeide og å sponse dem? De er jo oppgående, store organisasjoner. Hvis de synes vi var helt forferdelige hadde de jo ikke villet samarbeide med oss.

Knut, produksjef

## Media- og lobbyorganisasjoner

Medianorge bidrar i stor grad til å sette legemiddelpolitikk og helseøkonomi på dagsordenen. Denne dekningen er likevel ofte ufullstendig ved at sakene gir

---

urealistiske forventninger til et legemiddel eller ikke opplyser om bivirkninger, men en slik sak kan også være nøye planlagt. De senere årene har bruken av firmaer som har spesialisert seg på lobbyvirksomhet og samfunnskontakt økt innad i legemiddelindustrien. Lobbyorganisasjonene arbeider for eksempel for at media og politikere fatter interesse for et spesielt medikament, for så å presse på for å få denne medisinen på blåreseptlisten (PPP, 1997:kap.3.2.7). En mistenkeliggjøring av lobbyvirksomhet var noe av det som plaget mine informanter i stor grad:

I alle andre bransjer og sektorer bruker man lobbyister. I politikken, i industrien, i kjendislivet osv... jeg kan ikke fatte og begripe hva som plutselig blir så galt med det når vi gjør det! Det er bare fordi media har sagt at det skal være sånn, og da henger alle andre seg på.

Helge, administrasjonen

## Myndighetenes blikk mot fremtiden

Folketrygdens utgifter til refusjon av legemidler på blå resept var i 2007 på anslagsvis 8794 millioner kroner og er med det den mest omfattende offentlige refusjonsordningen (Tall og fakta, 2007). Veksten i offentlige utgifter til helsevesenet ligger på lik linje med veksten i bruttonasjonalprodukt, men veksten i utgifter til offentlige legemiddelutgifter har vært svært mye høyere. Den viktigste årsaken til denne veksten er overgangen til nye og dyrere legemidler. Samtidig har ikke bare allerede eksisterende sykdommer funnet nye løsninger ved hjelp av nye legemidler, men nye sykdommer har også dukket opp (PPP, 1997:kap.2.1). ”Med andre ord, en lidelse er et problem på jakt etter en løsning, en profesjon er en løsning på jakt etter et problem. Når lidelser, løsninger og profesjoner finner hverandre kan det lett føre til utvidelser i sykdoms- og helsebegrepene.” (PPP, 1997:8). De offentlige utgiftene har imidlertid de siste tre årene vært stabil og til dels fallende. Årsaker til dette kan være

patentutløp for visse legemidler, trinnprissystemet<sup>28</sup> og lov om foretrukket legemiddel<sup>29</sup> (Tall og fakta, 2007).

Det vil i vårt moderne samfunn alltid være en kamp om de tilgjengelige ressursene. En viktig politisk oppgave er dermed å sikre arbeidet med helse en tilstrekkelig stor andel av den samlede summen samfunnet har til rådighet. Hvor stor andelen vil bli vil avhenge dels av den samfunnsøkonomiske situasjonen og dels av hvilken prioritering helse har i forhold til andre samfunnsoppgaver på det gitte tidspunkt. Videre vil debatten om hvordan man skal fordele de gitte ressursene til helse forgå på to ulike nivåer samtidig. I hverdagen vil helsepersonell ta individuelle kliniske beslutninger om behandling av en pasient, mens politikere samtidig vil ta politiske og strategiske beslutninger som omhandler hele lokale og regionale forhold og hele grupper av befolkningen. På samfunnsnivå vil politikere, økonomer og samfunnsforskere argumentere, mens helsepersonell, media og offentligheten vil argumentere på individnivå. Argumenter som blir fremmet på samfunnsnivå er mer abstrakte og uten den samme gjennomslagskraften som et på individnivå. Det er lettere å ta side med et enkeltindivid som har kreft, enn det er å holde med et politisk parti eller stortinget. Debatten om effektiv bruk av ressursene som da er til rådighet vil være svært vanskelig og ikke minst opphetet. Staten har dermed en viktig oppgave i å formidle en forståelse for at ressursene som er til rådighet er begrenset og det derfor er nødvendig å holde igjen på enkelte områder. Tilbud kan synes viktig på individnivå, men de faktiske tallene viser rent statistisk at satsing på en spesiell gruppe eller legemiddel har liten effekt samlet. Det er rett og slett ikke mulig å tilby legemidler og behandling på alle de felter der det finnes behov. Myndighetene tar i sine vurderinger av prioriteringer hensyn til tilstandens alvorlighet, legemidlets effekt og legemidlets kostnadseffektivitet (PPP, 1997:kap.2.3).

---

<sup>28</sup> Trinnprissystemet innebærer at legemidler som har generisk konkurranse, det vil si at patenttiden har gått ut så legemiddelet får konkurranse, blir gitt prisreduksjoner.

<sup>29</sup> Foretrukket legemiddel vil si at myndighetene har angitt hvilket legemiddel som skal være førstevalg ved behandling sett ut i fra kvalitet, effekt, bivirkninger og kostnader. Foretrukket legemiddel er innført for behandling på flere sykdomsområder, men ennå ikke alle.

---

Staten er kjent med at legemiddelpolitikken berører alle de ulike aktørene som befinner seg i feltet. Det er derfor utarbeidet en liste med spesielle hensyn som skal tas i forhold til de ulike aktørene. Pasientene må få effektive legemidler til lavest mulig kostnader, legene trenger legemidler som en viktig del av behandling av mange lidelser, grossister og apotek trenger en velfungerende refusjonsordning fordi refusjon direkte innvirker på omsetningsleddenes inntekter (for eksempel på grunnlag av prosentvise marginer og påslag) og til slutt vil en god refusjonsordning påvirke legemiddelindustriens muligheter for å utvikle nye og mer effektive preparater (PPP, 1997). Dette fordi legemiddelindustrien vil trakte etter å få sine preparater på blå resept, og i det en god refusjonsordning sørger for dette vil industrien ha større overskudd til forskning og utvikling.

## Samspeillet mellom leger og industri

I alle industrier hvor det selges og kjøpes varer, tjenester eller ytelser, vil det alltid være viktig for leverandørene å ha et godt forhold til sine kjøpere, og de personer som har innflytelse på innkjøp og bruk av deres ytelser. I helsetjenesten er dette særlig fremtredende i forholdet mellom legemiddelindustri og leger. I internasjonale sammenhenger har det blitt anslått at utgiftene legemiddelindustrien har til markedsføring av sine produkter utgjør mellom 10 og 30 % av den totale omsetningen til hvert firma. Det anslås også at det på hver lege blir brukt mellom 50 – 70 000 kroner på markedsføring hvert år. Legemiddelindustrien anslås derfor å bruke over 500 millioner kroner på markedsføring rettet mot norske leger årlig (Rett kurs, 2005:kap.6.2.1). Et tankekors i denne sammenhengen er at kun cirka 20 % av den totale omsetningen til Schering-Plough internasjonalt blir brukt til forskning. Mine informanter har aldri problematisert dette.

Markedsføringen pendler mellom alt fra møter med helsepersonell på deres arbeidsplass, kveldsmøter og andre møter utenom arbeidstiden, utenlandsreiser, reklamemateriell, annonser, støtte til brukerorganisasjoner og helsepersonellorganisasjoner, støtte til arrangementer i regi av organisasjoner, til

annen elektronisk påvirkning som for eksempel over internett. En undersøkelse har vist at en allmennpraktiserende lege i løpet av et år mottok over 3000 sider reklame, 20 skriftelige henvendelser om praksisbesøk og 26 invitasjoner til reiser. Men denne markedsføringen sees ikke bare som en del av et kapitalistisk marked eller kun et negativt onde. Samarbeidet mellom legemiddelindustrien og legene gir legene verdifull informasjon om legemidler, noe myndighetene ikke har ressurser til å formidle effektivt. Denne informasjonen gir også legene førstehåndskunnskap om legemidler og kliniske studier. Leger og sykehus involveres ofte også i legemiddelindustriens studier og der får legen eller sykehuset betalt etter faste honorar som i tillegg skal oppgis til de regionale etiske komiteene. Samarbeidet mellom industrien og legene er sentralt for legemiddelindustrien. Industrien gir legene muligheten til faglig oppdatering, karrierebygging, anseelse og deltakelse i studier og utvikling av nye fagfelt. Legens oppgave blir her å forstå at ikke bare bevisste bindinger, men også ubevisste bindinger til en legemiddelprodusent vil påvirke forskrivningspraksis (Rett kurs, 2005:kap.6.2.1).

En studie fra 2001 utført i USA, spurte leger i utdanningsstillinger om markedsføringens påvirkningskraft over dem. 61 % svarte at legemiddelindustriens reklame ikke hadde noen innvirkning på deres forskrivningspraksis, men bare 16 % mente at dette gjaldt andre leger også. Undersøkelsen viser altså at det kan være slik at leger selv ikke tror de blir påvirket av reklame, men at de tror andre leger blir påvirket. Dette selv om flere andre objektive, og for legene kjente, undersøkelser viser i at jo større grad leger kjenner igjen en reklameannonse, destod større er sannsynligheten for at han eller hun vil skrive det ut. I og med at legemiddelindustriens markedsføring, under vanlige forhold, er legitim, blir det viktigste at legene er klar over reklamens påvirkningskraft og tar dette til ettertenkning når de samhandler med industrien og når de skriver ut legemidler (Hem, 2001). Denne studien viser klart at leger er påvirket av maktstrukturene som jeg skisserte innledningsvis. De ser dem ikke hos seg selv fordi de er internalisert, men de ser dem i andre.

---

Det er nye og patentbeskyttede legemidler som i hovedsak markedsføres, mens etablerte legemidler er av mindre interesse. Den kommersielle interessen som ligger embedded i legemiddelindustriens interesser vil alltid gi en risiko for at budskapet som blir forsøkt spredd ikke alltid er objektivt og nyansert. Det offentliges ansvar her ligger i å kunne tilby objektiv legemiddelinformasjon for å kunne balansere informasjonen fra legemiddelindustrien. Samtidig er informasjonen som tilbys fra legemiddelindustrien av viktig verdi. Dette fordi det bidrar til å øke bevisstheten og kompetansen om legemidler hos hver enkelt lege og annet helsepersonell. En bidragsyter til å forsøke å forstå denne omfattende, kostbare og aggressive markedsføringsstrategien, er å ta i betraktning at det er svært dyrt å utvikle et legemiddel. Rent statistisk vil bare fem av 5000 stoffer som testes gå videre til klinisk utprøving på mennesker og av disse vil det bare utvikles ett som får markedsføringstillatelse (Rett kurs, 2005). Denne prosessen med å utvikle det ene legemidlet koster legemiddelbedriften i gjennomsnitt 800 millioner USD, og tar i gjennomsnitt 13 år. Tatt i betraktning at patentbeskyttelse i Norge varer i 20 år og 13 av disse brukes til forskning og utvikling, vil det si at man betaler cirka 800 millioner USD for å oppnå 7 år med salg og inntjening (Tall og fakta, 2006). Sara sa i caset innledningsvis at ”noen må jo ta den jobben”. Hun henviste til jobben med å ta på seg risikoen det innebærer å forske frem et nytt legemiddel. I og med at utviklingen av et legemiddel er så dyrt og tar så lang tid, vil dette være noe staten ikke kan belage seg på. Saras mening var at staten på grunn av denne risikoen og utleggene egentlig burde være takknemlige ovenfor legemiddelindustrien, siden staten aldri kunne gjort dette på egen hånd.

Videre har leger har ansvar for forskrivningen av legemidler til pasienten. I tillegg til å måtte følge myndighetenes krav til riktig legemiddelbruk og forskrivning av medisin på blå resept, må legen også ta hensyn til individuelle forskjeller hos pasienten. Legemiddelindustrien på sin side arbeider aktivt inn mot legen for å oppnå økt forskrivning og da økt salg av sitt legemiddel. Legen blir her sittende i en situasjon der han eller hun må klare å balansere informasjonen de får fra legemiddelindustrien, med myndighetenes krav om riktig prioritering og

ressursanvendelse. Legens oppgave blir da å danne seg et balansert bilde av legemidlets egenskaper, forvalte samfunnets ressurser og gjennomføre en individuell vurdering av pasientens behov. Dette samtidig som legen mottar og påvirkes av informasjon fra legemiddelindustrien. Myndigheter og alt helsepersonell må derfor vite om dette og ta alle hensyn i betraktning for å kunne fremme riktig legemiddelbehandling (Rett kurs, 2005:kap.6). Per Hjortdahl, professor i allmenntilleggsmedisin ved Universitet i Oslo, foreslår for eksempel en løsning der legemiddelindustriens økonomiske markedsføringsmidler blir overført til et fond. Fondet har som oppgave å bygge opp generell kunnskap om legemidler og forskning og å videre- og etterutdanne norske leger. Leger som for eksempel vil på et seminar utenlands kan søke fondet om støtte (Leger, pasienter, organisasjoner: et scenario mot 2010, 2002). Sannsynligheten for at legemiddelindustrien skulle være villig til å legge store økonomiske midler i et slikt fond er relativt liten, i og med at firmaene ikke ville visst om deres midler gav resultater.

Tatt alle disse sidene av saken i betraktning, er det ikke unaturlig at det ofte stilles spørsmål vedrørende bindingene mellom legemiddelindustri og leger for eksempel i media. Industrien kombinerer en finansiell styrke med involvering i helsepersonells dagligvirke og dette kan fort gi opphav til spekulasjoner om gjenytelser som går på bekostning av riktig legemiddelbruk. En undersøkelse som ble foretatt av Legeforeningen i 2002 viste at tre av fire personer tror at det eksisterer forhold mellom industri og leger som påvirker legens forskrivningspraksis. Staten ønsker altså legemiddelinformasjon fra legemiddelindustrien velkommen i form av nyttig informasjon fra noen som kjenner legemidlene godt, men påvirkning som leder direkte til en forskrivning er uønsket. For å forsøke å unngå et slikt uheldig samarbeid er et selvjustisorgan innad i legemiddelindustrien opprettet. Dette selvjustisorganet skaper bevissthet rundt rammene for samhandling, men likevel mener staten dette organet ikke er godt nok da det ikke fungerer preventivt nok. Offentlig fastsatt regelverk har også ofte større gjennomslagskraft enn privat (Rett kurs, 2005:kap.6.2.2).



---

Vedrørende forskning og utvikling av nye legemidler i Norge er legemiddelindustrien essensiell. Industrien driver forskningsutgangspunktet fra ide til markedsføring i henhold til kommersielle interesser. Slik forskning er altså ikke et anliggende for staten, men staten kan likevel legge til rette for industridrevet forskning gjennom for eksempel effektiv søknadsbehandling og lignende. Det offentlige forskning dreier seg i høy grad rundt de forskningsområder som ikke blir ivaretatt av industrien, men som likevel er av stor samfunnsnytte (Rett kurs, 2005:kap.7.1.3).

## Møte med Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD)

Etter å ha sendt en åpen e-post til Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) med forespørsel om det var noen som kunne vært interessert i å ha en uforpliktende samtale med meg om problemstillingen min, kom jeg raskt i kontakt med en informant som ville snakke med meg, Lars.<sup>30</sup> Samtalene vi møttes til var hele tiden preget av at vi var i en tankemyldringsfase der vi snakket om alt vi kunne komme på av muligheter, teorier og løsninger.

Lars forklarte meg hans funderinger om hvordan en uoverensstemmelse mellom legemiddelindustrien og staten kunne ha startet, og også hva den kunne bunne i. I tillegg spurte jeg om hvorfor media hadde fått en så stor rolle i denne debatten.

Lars fortalte at samarbeidet mellom staten og legemiddelindustrien er preget både av godt samarbeid, men også dramatiske tilstander til tider.

Det er en industri som har hatt romslig økonomi gjennom mange år, og staten har ikke akkurat vært en vanskelig kunde hos dem. Gjennom siste halvdel av 90-tallet og frem til i dag har det vært en innskjerping av rutiner og regelverk og oppbygging av en egen enhet i Legemiddelverket. Dette har gjort at myndighetene har fått en sterkere stilling. Etter dette har industrien fått andre rammevilkår. Enhver innstramming oppleves nok som tøff av den det gjelder, selv om andre kan hende ikke ser den som urimelig.

---

<sup>30</sup> Av hensyn til anonymitet er det vanskelig for meg å utdype noe mer om Lars.

Lars mente dette er en endringsprosess som har føltes verre og verre for industrien. Staten har vært i en lang prosess hvor de fatter vedtak om prinsipper, for så å bygge opp et system og en struktur som gjør det mulig å fatte prioriteringsavgjørelser, herunder å si nei. Sett fra myndighetenes side er dette en rimeligere maktbalanse enn det som tidligere har vært. Tidligere kunne det oppleves som om legemiddelindustrien satt på mye mer makt enn staten. Lars mente at industrien nå kanskje er i ferd med å tilpasse seg til den situasjonen.

Lars pekte på to prinsipielt viktige konflikter mellom partene; Fosamax – saken og maksimalpris – saken (også kalt Marevan – saken), og at uoverensstemmelsene for alvor startet med disse. Etter å ha lest en del litteratur i ettertid lærte jeg mer om disse sakene. Den første er den såkalte Fosamax – saken, som skapte stor furore både i media, for myndighetene, for Den Norske Lægeforening og for legemiddelindustrien. Saken gikk ut på at firmaet som stod bak medikamentet, MSD, i sin presentasjon av medikamentet Fosamax, som skulle hjelpe mot beinskjørhet, oppgav relative risikotall for risikoreduksjon for å få hoftebrudd, i motsetning til absolutte risikotall. Medikamentet kom først ikke på blå resept, og dette ble hodebry for helseministeren på dette tidspunkt, da en sammensatt koalisjon av kvinnelige stortingsrepresentanter omdannet kampen til en kvinnesakskamp. Osteoporose og beinskjørhet er typiske kvinnesykdommer og det var en skam at ikke medisiner mot slike lidelser skulle få lik behandling som medisiner mot typiske mannlidelser som hjerte- og karsykdommer. Etter en lang kamp mot regjeringen og Statens Legemiddelverk var seieren sikret og medisinen var ikke lengre forbeholdt kvinner med god betalingsevne. Det ble blåst stort opp i mange medier og rollefordelingen var klar; kvinnene var ofrene, staten den onde skurken og legemiddelindustrien løsningen på problemet. Men da det senere viste seg at risikotallene for medikamentet ikke var presentert på en etisk forsvarlig måte, men kunne virke villedende, snudde media på hælen. Medikamentet som hadde blitt hyllet, gav faktisk ikke den helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinsten som var blitt presentert. Hele saken endte med at MSD gikk til sak mot Statens Legemiddelverk for å få stoppet uavhengig legemiddelinformasjon, en sak MSD tapte (Thelle, 2001:kap.5).

---

Det andre slaget kuliminerte på Dagbladets forside sommeren år 2000. Staten hadde bestemt å revurdere maksprisene på en rekke reseptbelagte legemidler for å bringe prisene ned på nivå med sammenlignende land, og dette endte med et prisdiktat til legemidelfirmaer som solgte de aktuelle medikamentene. Som en ren protest mot dette trakk Nycomed Pharma sitt legemiddel Marevan, som er et livsviktig blodfortynnende medikament brukt daglig av 50 000 mennesker i Norge, fra markedet. Etter massiv kritikk i medier og fra Statens Legemiddelkontroll opphevet Nycomed Pharma tilbaketrekkingen etter bare 5 dager og føyde seg etter den nye maksprisen. Legemiddelindustrien hevdet på sin side at dette var et klart varsel fra staten om at Norge ikke er villig til å bære de kostnader som er forbundet med utvikling og forskning på nye legemidler og utdanning av helsepersonell, og heller vil kjøre som gratispassasjerer.

Lars fortalte meg at legemiddelindustrien og staten stort sett har god kommunikasjon, men at konfliktnivået i Fosamax- og maksimalpris – sakene nok ble så høyt at de skapte varige sår hos partene. Lars mente i høyeste grad at legemiddelindustrien etter disse to sakene har gjort et ærlig forsøk på å forbedre sitt omdømme. Men Lars la likevel vekt på at disse sakene bunner i at industri og stat har forskjellige hovedinteresser;

Statens hovedmålsetning er å få mest mulig helse ut av begrenset helsebudsjett. Vi ønsker altså best mulig legemiddelbehandling til lavest mulig pris. Industrien på sin side ønsker selvfølgelig å få best mulig betalt og selge godt av de varene de har. Dette er rimelig nettopp fordi de er en *industri*. Det jeg kan savne i forholdet mellom oss er at de er klare på dette. I stedet hevder flere at det viktigste for dem som industri er å hjelpe pasienter og tilby den beste legemiddelbehandling til alle. Hvis dette virkelig var deres hovedmålsetning, kunne industrien bare satt ned prisen på legemidler. Det gjør de naturlig nok ikke, fordi de er en industri. Denne uklarheten i intensjon kan nok vanskeliggjøre kommunikasjonen til tider.

Lars` problem med denne situasjonen var at det ble motstrid mellom ord og handling. Og kommunikasjonen mellom partene hadde trolig blitt enklere hvis alle i industrien var klare på sin målsetning. Lars fortalte meg at partene flere ganger har prøvd å

forbedre samarbeidet, etter initiativ fra begge parter. Slik Lars så det ble det imidlertid fremdeles av og til frustrasjoner og misforståelser.

De tiltak Lars mente myndighetene må bli flinkere til å utføre er å vise et balansert bilde av hvor bra et legemiddel er:

Industrien tegner et ganske positivt bilde av et legemiddel i sin markedsføring. Myndighetene må gjennom informasjon balansere industriens markedsføring. Dette er viktig både for å få en riktig bruk av legemiddelet og også for å skape en forståelse for hvorfor avgjørelsen blir som den blir dersom Legemiddelverket finner å ikke kunne gi en refusjon.

Avslutningsvis fortalte Lars meg at de viktigste virkemidlene staten sitter på, er muligheten til å fastsette lover og forskrifter.

## Schering-Ploughs holdning til staten

Forholdet mine informanter hadde til staten, var faktisk det forholdet som ble minst snakket om. Det kunne virke som om det kun var de få ansatte på huset som jobbet med myndighetskontakt, som faktisk var oppdatert på dette forholdet.<sup>31</sup> Alt negativt som skjedde mine informanter ble tillagt media og dårlig pressedekning. De få gangene staten ble nevnt var det refusjonsordningen som stod i fokus. Og forholdene rundt refusjonsordning ble snakket om som om blåresept - ordningene var noe håndfast som stod for seg selv, og som ikke hadde noen knytning til noe annet enn de den gikk ut over i negativ forstand. Det var altså klare skillelinjer mellom de ulike ”skurkene”. Både staten og media var ”skurker”, men kun media ble snakket om som en ”skurk”. Legemiddelindustrien ble snakket om som ”helten”, men mine informanter hadde en klar oppfatning av et hierarkisk system innad i industrien også. Det var visse firmaer som var mer ”skitne” enn andre. Til slutt var pasienten ”offeret”. Min egen tolkning av dette forholdet kan være at strukturene staten har lagt for legemiddelindustrien i Norge, som er en maktutøvelse i seg selv, er strukturer så

---

<sup>31</sup> Hos Schering-Plough er det kun en person som jobber med myndighetskontakt og markedsadgang. Flere andre personer er riktignok delvis involvert i dette gjennom sine stillinger.

---

internalisert i mine hovedinformanter at de blir sett på som ”naturlige” i hverdagen. Jeg påstår ikke at disse strukturene er internalisert hos Schering-Ploughs ledelse. Disse jobber jevnlig med myndighetskontakt og forsøker å påvirke statens reguleringer. Mine hovedinformanter jobber derimot på et annet nivå enn ledelsen, og opplever derfor forholdet på en annen måte. Statens strukturer er stabile, jevne reguleringer, som ofte kan sies å være forutsigbare, og dermed ikke sett som en ”trussel” av mine informanter. Media kan derimot synes å være uforutsigbare og meget synlige for mine informanter og dermed også det som ble snakket om, noe jeg vil ta opp i neste kapittel.

## Hva har jeg vist med makt her?

I teoridelen min tok jeg spesielt opp de ting man ikke tenker på som makt fordi makten er strukturell og ikke kan relateres til en spesifikk aktør, men til strukturen i seg selv. Lukes (2005) mente den strukturelle makten består av beslutninger, dagsordensetting og ideologisk makt. Jeg vil påstå at den eneste av aktørene i denne oppgaven som innehar alle disse maktformene er staten. Velferdsstaten er bygget opp ved hjelp av sosialdemokratiske prinsipper og implisitt i dette ligger kravet fra innbyggerne om god helse og behandling ved sykdom. Dette inkluderer legemidler, og staten setter rammebetingelser for forskning, produksjon, salg, refusjon og markedsføring av legemidlene. Vi kan her se at staten benytter seg av alle de tre aspekter strukturell makt består av ifølge Lukes (2005). Staten kan ta beslutninger ved hjelp av lovgivning, de kan sette dagsorden ved hjelp av fastsetting av pris og refusjonsavgjørelser og de innehar samtidig ideologisk makt ved å bygge på et prinsipp om god helse til alle samfunnsmedlemmer

Foucault (1999) tok opp begrepet produktiv makt som er makt man ikke tenker på som makt fordi det er så indoktrinert hos aktørene som berøres av den. Mine informanter snakket ikke så mye om staten. Jeg tolker dette dithen at de ikke satte spørsmålstegn ved staten fordi rammeverket for legemiddelindustrien er et produktivt

maktverktøy i seg selv utviklet av staten. Det ble dermed ikke oppfattet som makt av mine informanter, selv om de likevel ble utsatt for makt og styring.

Individens handlinger er rettet mot å opprettholde gruppens posisjon, men dette uten at individene tenker bevisst over det selv (Bourdieu, 1977). Mine informanter snakket ikke spesielt om staten og et maktforhold til staten, men likevel oppfattet jeg forholdet, de få gangene det ble snakket om, som nettopp en maktkamp. Det kan muligens sies at mine informanters handlinger ubevisst var rettet inn mot å opprettholde gruppens, altså Schering-Ploughs, posisjon, og denne posisjonen som en motvekt til staten. I denne sammenheng vil jeg nevne den svake strukturelle makten som vil si at institusjoner er opprettet gjennom hensiktsrettet handling for å bevare visse verdier og mål innenfor gruppen (Engelstad, 1999).

Legemiddelindustriforeningen (LMI) kan være et forsøk på dette. Dermed kan man også si at LMI forsøker å overføre makt innad i institusjonen, i stedet for å måtte overføre denne makten til noen utenfor.

Alle de 7 aktørene i legemiddelpolitikken kjemper om makt. Ved å presentere dem har jeg vist at myndighetene utøver makt gjennom reguleringer, legemiddelindustrien utøver makt gjennom produksjon, lobbyvirksomhet og forskning, importører og grossister gjennom prissetting, apoteker gjennom å ha monopol på salg av reseptpliktige legemidler, leger gjennom sin profesjon, sin kunnskap og evnen til å behandle, pasientorganisasjoner utøver makt gjennom å mobilisere og da sammen stå sterkere, og til slutt utøver media- og lobbyorganisasjoner makt gjennom å sette dagsorden og kunne utøve press. Jeg velger å se alle aktørene som en del av en kamp om ressurser.

Ved møtet med HOD, fortalte Lars at staten prøver å skape en maktbalanse. Dette ved å utøve definisjonsmakt. Makten til å definere et legemiddels kvalitet, sikkerhet og effektivitet. Lars diskuterte her makt i form av objektivitet og han så på staten som den eneste parten i kampen som var og kunne være objektiv. Caset jeg viste i innledningen til dette kapittelet viste hvordan etikk kan knyttes nært opp til ideologisk makt. Og mine informanter prøver å ta denne makten fra staten uten å

---

faktisk snakke om det som en form for makt selv. Det det heller ble snakket om blant mine informanter var makten til å definere rett og galt, avhengighet og uavhengighet, og definisjonen av etiske og uetiske aktører. I tillegg la mine informanter vekt på at den økonomiske risikoen legemiddelindustrien tar ved å forske frem et legemiddel, er en utgift staten ikke hadde vært villige eller hatt mulighet til å ta.

Legemiddelindustrien fortjente på grunn av dette mer anerkjennelse fra staten enn det de i dag fikk.

I kapittelet har jeg vist til strukturer som omkranser legemiddelindustrien med fokus på statens føringer og mine informanters forhold til staten. Jeg har derfor vekslet mellom systemnivå og individnivå, for å etterleve en fenomenologisk metode som setter fokus på mennesket og kroppen som et subjekt og et utgangspunkt for å studere kultur. Både jeg som forsker og mine informanter er derfor en del av de omgivelsene jeg har studert og kan ikke settes i motsetning til dem.

Strukturene som omkranser Schering-Plough er fylt av makt, og særlig makt hos myndighetene fordi de er lovregulerende. Kapittel 4 viste at makt finnes i medisinen, kapittel 5 viste at forholdet mellom legemiddelindustrien og helsepersonell er en maktkamp, og dette kapittelet har vist hvordan den statlige strukturen legger føringer for legemiddelindustriens virke. Det er også vist at mine informanter hos Schering-Plough var delte i sine meninger om dette sterkt regulerte forholdet var et positivt eller negativt forhold. Det neste kapittel vil forsøke å vise hvordan makten som finnes hos aktørene kan brukes for å oppnå sine mål, uansett hva dette målet er.

## 7. Hvordan makt brukes

Dette kapittelet vil legge vekt på medias rolle i mine informaners hverdag. Kapittel 4 viste makt i medisinen, kapittel 5 viste makt i relasjoner og spesielt mine informaners føringer for hverdagen, og kapittel 6 viste makt i strukturer og spesielt myndighetenes føringer for legemiddelindustrien og legemiddelpolitikk. Derfor vil jeg vie dette kapittelet til medias rolle i legemiddelpolitikken. Kapittelets første del vil vise et case som kan belyse forholdet til media. Så vil jeg ta for meg teori omhandlende hvordan aktører og grupper, med fokus på media, bruker makt. I den neste delen presenteres ”venstrevidningsdebatten” og medias mulige manglende kunnskap om helse og legemidler. Dette fordi det opptok omtrent samtlige av mine informanter og de hadde sterke meninger om media. Deretter vil jeg vise hvordan ikke bare media skaper et negativt bilde av legemiddelindustrien for å selge mer, men hvordan legemiddelindustrien på den andre siden bruker media i nettopp det samme henseende; selge flere legemidler og reklamere for sine produkter. En siste del vil knytte de ulike aktørenes handlingsmåter opp til teori om makt. Dette kapittelet vil fokusere på den del av min problemstilling som omhandler aktører legemiddelindustrien måtte samhandle med eller mot. Kapittelet fokuserer på medias rolle i mine informaners hverdag. Dette av to årsaker: for det første snakket mine informanter svært ofte om media, og for det andre fordi jeg vil bruke media for å eksemplifisere hvordan makt kan brukes, på bekostning av statens vegne som også kunne blitt brukt som et eksempel her.

### “Nå går det mot lysere tider”

Den var tidlig i mai. Det var nettopp blitt litt ordentlig vår i luften og ganske varmt ute akkurat denne dagen. Jeg stod i resepsjonen og pratet litt om hverdagslige ting med resepsjonsdamen. Et bud kom inn for å levere en pakke til kontoret, og han sa som en slags velkomsthilsen til resepsjonsdamen: ”så deilig med litt varmt vær og vår i luften!”. Akkurat samtidig som han sa det kom Lise forbi og svarte lattermildt



---

tilbake: ”ja, nå går det jo mot lysere tider for oss alle”. Både Lise og resepsjonsdamen begynte å le litt, men jeg skjønnte ikke på dette tidspunktet hvorfor de lo. Etter at budet hadde dratt gikk jeg inn til Lise og pratet litt. Jeg fortalte henne at jeg skjønnte ikke hvorfor de hadde ledd av kommentaren hennes i resepsjonen. Lise fortalte meg med glimt i øyet at lysere tider og vår i luften betyr at allergikerne begynner å trenge medisinene sine. I tillegg hadde det vært et oppslag i avisen dagen før om at pollensesongen er i gang. I dette oppslaget hadde en lege forklart at det var mange som ikke engang visste at de hadde allergi og mange av deres plager kunne knyttes til allergi uten at personene var klar over det. Og det betydde økt salg for legemiddelindustrien. Hun fniste litt av det selv og sa at det var jo egentlig helt tragisk, men samtidig sant. Denne episoden viste meg at media på mange måter, bevisst eller ubevisst, bidrar til å påvirke offentligheten og gir legemiddelindustrien gratisreklame. Hvordan bidrar media til å påvirke oss i forhold til medisin og legemidler? Hvordan bruker legemiddelindustrien sin makt for å påvirke media? Og hvorfor ble forholdet mellom legemiddelindustrien og media snakket så mye om av mine informanter?

## Teori

Den som skal styre andre aktører vil aldri ha full kontroll over de som skal styres. Individet vil alltid ha en mulighet for å ikke la seg styre. I tillegg er det teoretisk helt umulig for et individ å skaffe seg full oversikt over et felt. På denne måten vil det alltid finnes noen andre som kan lære seg de ting maktutøveren ikke kan og slik få et overtak på maktutøver (Engelstad, 1999:7-15). I Schering-Plough møtte jeg ikke en eneste person jeg fikk inntrykk av at kunne ”alt”. Men det som slo meg var at de forskjellige rollene tilegnet seg forskjellig type kunnskap og på denne måten dekket hele feltet legemiddelindustrien må forholde seg til. Samlet stod Schering-Plough utrolig sterkt, men likevel opplevde de en frustrasjon over å ikke ha kontroll over stat og media, nettopp fordi det var utenfor deres kontroll. De ansatte hadde full oversikt over hvordan de ulike organisasjonene fungerte, men ingen reell makt over hvordan

utfallet av deres bestemmelser kunne bli. Ved å vise til caset jeg presenterte innledningsvis kan man si at dette var et utslag av deres manglende kontroll over media, men i denne sammenheng et positivt utfall. Schering-Plough kunne med medias omtale av pollenallergi oppleve positive ringvirkninger av denne omtalen. De hadde likevel ikke kontroll over at media faktisk skrev om pollenallergi, hva de skrev om pollenallergi og hvilke implikasjoner dette kunne få for Schering-Plough.

Luhmann (1979) foreslår en systemteori der man tenker på samfunnet uten et klart senter, men et stort sammensurium av ulike sfærer. Hver sfære følger sine egne regler og har utviklet sine spesielle virkemåter. Dette begrenser maktutøvelse i stor skala. Hvis en type makt er opprettet innenfor en sfære i henhold til den sfærens regler, vil det vanskelig la seg gjøre å overføre denne makten til en annen sfære (Luhmann, 1979). Da legemiddelindustrien innenfor tidligere hegemonier stod sterkt og med udiskutabel makt, var dette ikke noe problem fordi de fikk drive i fred uten at noen stilte spørsmålstegn. Egne regler, verdier, holdninger, muligheter og strategier ble da utviklet innenfor dette meningsuniverset. Da legemiddelindustrien opplevde et hegemoniskifte, og stat, media og offentligheten ble en del av denne sfæren, oppstod det en konflikt. Rett og slett fordi de forskjellige partene var bygget opp på ulike premisser, med ulike holdninger, mål og strategier. Konklusjonen vil være at selv om et legemiddelfirma har makt innad i legemiddelindustrien og også er organisert gjennom Legemiddelindustriforeningen, vil ikke dette bety at firmaet klarer å overføre denne makten til å ha makt i byråkratiet, makt over media eller makt gjennom å påvirke offentligheten.

Mann (1986) videreutvikler denne teorien og foreslår at makt fungerer i fire ulike nettverk: politikken, militærvesenet, økonomien og ideologien. Hvert av nettverkene har ulike virkeformer og derfor ulik rekkevidde. Politikken er bundet til nasjonalstaten og nasjonalstatens avtaler med andre parter og kan derfor vanskelig overføres til andre nettverk. Det økonomiske nettverket opererer globalt og kan kun overføres til andre kapitalformer innen økonomien. Med militære midler er det begrenset hva man kan oppnå. Ved det ideologiske nettverket er det mulighet for å nå

---

flest antall aktører og den største virkeflaten, men resultatet av dette vil være uoversiktlig (Mann, 1986:kap.1). Legemiddelindustrien er sammen med tobakks- og våpen industrien en av de mest uglesette industrier i verden. Å inneha ideologisk makt vil derfor være nesten uoppnåelig i mange tilfeller.

Når man tenker på makt kan det være lett å glemme andre typer makt. Avmakt er en type makt der makthavers makt ikke nødvendigvis grunnes dennes styrke, men også kan være et resultat av andre aktørers manglende makt. Hvis flere grupper ikke klarer å mobilisere, selv om de ønsker å oppnå de samme mål, vil likevel den største og sterkeste gruppen sitte på makten (Engelstad, 1999:7-15). Legemiddelindustrien opplever en avmakt. De har en styrke i økonomi, forskning og så videre, men lover hindrer dem i å kunne snakke fritt og kommunisere med publikum. ”Konkurrenten” deres er staten fordi staten er lovgivende og staten har dermed mer makt på grunn av legemiddelindustriens manglende lovgivende makt. Staten i Norge er ikke suveren i den reneste betydning, men formbar og villig til å lempe på krav. Staten har ved hjelp av disse lovene innskrenket legemiddelindustriens makt slik at de kan kontrollere markedet.

## Media

### ”Venstrevridningsdebatten” i norske medier

Det var ikke bare mine informanter som beskyldte media for å være ”venstrevridde”.<sup>32</sup> Alt fra politikere og samfunnssynsere til profilerte personer har til tider anklaget Norges medier for å være ”venstrevridde” i sin dekning og omtale av nyheter (Meland, 2007). Venstresiden og høyresiden har to høyst ulike meninger om denne debatten, og den var svært viktig for mine informanter. Ikke bare bidro en slik påstand om venstrevriddhet hos pressen til å forklare hvorfor det ble skrevet så mye negativt om legemiddelindustrien i media. For flere av mine nøkkelinformanter var

---

<sup>32</sup> Min holdning til begrepene om ”høyre- og venstrevriddhet” viser jeg ved å sette disse i hermetegn. Dette vil jeg ikke fortsette å gjøre gjennom oppgaven, men likevel vil min holdning til disse begrepene holdes ved.

denne venstrevriddheten redusert til selve årsaken til at mange pasienter ikke fikk de medisinerne de burde hatt. For hvis pressen, som de antok var venstrevridd, skulle skrive noe om et legemiddel ble alltid de negative tingene og alle bivirkningene trukket frem, mens de glemte å ta hensyn til alle de positive virkningene. Dette igjen påvirket legene, og dette gikk i siste instans utover pasientene. Et slikt resonnement ble nevnt av flere av mine informanter. På vei til et møte snakket Patrick og jeg i bilen om medias rolle i deres hverdag og om media faktisk har en innvirkning på folks helse og oppfatninger av legemiddelindustrien. Patrick ble svært engasjert og nesten litt sint og sa til meg:

Det er jo ikke rart jeg blir sinna da. Her kommer det et kjempebra nytt legemiddel på markedet, som kan bidra til å gjøre livet verdt å leve for utrolig mange mennesker. Også hiver pressen seg på denne saken, også skriver de bare dritt om det, fordi de ikke liker legemiddelfirmaet som står bak de, for de er ”dumme kapitalister som bare er opptatt av penger”. Og selvfølgelig har folk fått med seg denne saken, og når legen deres da foreslår å sette dem på dette legemiddelet, så vil de ikke for de har lest på forsiden av VG at du kan dø av det! Problemet er bare at VG glemte å opplyse om at 1 av ørtten trillioner kanskje kan få en bivirkning som kanskje kan føre til en dødlig sykdom... Hvem taper mest på dette tror du? Legemiddelfirmaet eller pasienten?

Patrick la implisitt i sitt utsagn at dette var pasientenes tap. Legemiddelindustrien hadde vært ute en regnværsdag før, så de hadde kapitalen til å ta en slik støyt. Det Patrick derimot ikke nevnte var at pressen også er en svært viktig markedsføringskanal for legemidler. Dette blir behandlet i et annet avsnitt.

Ikke bare argumenterte mine informanter for at dette var et problem for legemiddelindustrien og pasienten, men også et samfunnsproblem. Også flere profilerte samfunnssynsere har en tankerekke som støtter påstanden om at denne venstrevriddheten kan være et demokratisk problem. Etter at mediene for noen tiår siden i stor grad løsrev seg fra sin partitilhørighet, er politisk side fortsatt ikke valgt bort. Det diskuteres heftig om det i det hele tatt er mulig å få en objektiv journalistikk og for eksempel Erling Borgen (2006) har fremmet synet om at en objektiv journalistikk aldri vil finnes. Dette fordi alle journalister velger sine saker, sine

---

vinklinger, sitt fokus, velger bort andre saker og velger sin problemstilling. En objektiv fremstilling av en sak fordrer også at man gir en korrekt fremstilling av virkeligheten, men en sak i nyhetene ville aldri fått nok plass til å en gang dekke en brøkdel av sannheten (Borgen, 2006). En journalist, som en antropolog, vil alltid være farget av både sin bakgrunn og sine medmennesker og intervjuobjekter. På grunnlag av dette vil det alltid være en diskusjon om hvilken måte å se en sak på som er den riktige, og det er her venstreviddheten eller høyrevriddheten til norske journalister vil komme til syne. Så i siste instans var dette for mine informanter snakk om en verdidebatt.

Hvert år legger valgforsker Frank Aarebrot frem sin årlige politiske meningsmåling. Denne meningsmålingen tar utgangspunkt i stortingsvalg, og spør kun journalister. Undersøkelsen fra 2006 viste at av 169 representanter på Stortinget ville journalistene gitt 120 plasser til en rødgrønn regjeringskoalisjon. Arbeiderpartiet ville fått 71 representanter og Sosialistisk venstreparti 41. Høyre og Venstre ville til sammen fått 37 representanter. Fremskrittspartiet ville fått 6 representanter (Færevåg, 2006). I henhold til Erling Borgens syn på medier og objektivitet, vil da journalistnorge i hovedsak ha et sosialdemokratisk verdigrunnlag og deres saker og vinklinger vil da alltid bli skrevet med et slikt verdisyn i bakhodet.

Andre igjen mener at den kritiske pressen, nettopp fordi vi lever i et kapitalistisk samfunn, ligger til venstre. Over 50 % av den norske befolkningen stemmer borgerlig og denne høyrebølgen har ikke blitt stoppet av den venstreorienterte pressen. Det kapitalistiske markedet åpner opp for at en høyrevridd presse kan ta til motmæle, men medier som har prøvd seg på dette selger rett og slett ikke (Meland, 2007). Halvparten av befolkningen stemmer til høyre, og man antar at disse deler en høyrevridds presses verdigrunnlag. Likevel eksisterer det ingen sterk høyrepresse i Norge. Det finnes ikke nok kjøpere til disse avisene. Er ikke høyrefolk opptatt av nyheter?

Dette var en del av mitt argument ovenfor mine informanter, da vi flere ganger havnet i en diskusjon om den venstrevridde pressen. Men argumentet ble alltid avfeid

med en spøk eller ironi, som at høyrefolk ikke gadd å gå i diskusjon med de kranglete venstrefolka hele tiden, eller at høyrefolk hadde bedre ting å ta seg til enn å drive debatt. Alle disse tingene ble alltid sagt med et glimt i øyet, for jeg vil anta at cirka halvparten av mine informanter faktisk stemte til venstre. Det virket som hvert eneste argument som kunne tale legemiddelindustriens sak og forsvare deres eksistens ble utygget tatt i mot med åpne armer. Mine informanter var ingen svake, usikre mennesker. Det var ingenting som tydet på at de gikk i forsvarsposisjon fordi de følte seg truet eller tråkket på. Mer enn noe virket det som de for det første var mektig lei av å måtte forsvare seg selv, og for det andre at de likevel fortsatte å gjøre det fordi de følte seg så kraftig urettferdig behandlet av offentligheten og pressen.

La det være sagt: Legemiddelindustrien oppfyller nesten alle krav for å bli fulgt med argusøyne fra mediene: Vår bransje dreier seg om liv og helse koblet med økonomi. Medisinene som mitt og andre firmaer lager, blir i stor grad betalt av staten – altså med skattebetalernes penger. Legemiddelindustrien ikke bare bør, men SKAL overvåkes nøye av mediene. Problemet oppstår når mediene også i denne overvåkingen går i flokk.

Når journalistene ikke velger å sjekke fakta eller i det minste ta en telefon til oss i saker som angår oss i aller høyeste grad, da er dette blitt et alvorlig demokratisk problem. Vi forventer ikke å bli tatt i med silkehansker, men vi forventer å bli hørt. Er det for mye forlangt?

Håvard Ebbestad, Pfizer, 2006

## **Pressens manglende kunnskap om helse og legemidler**

”Doctors want to tell the public what it needs to know, while the media wish to tell the public what it wants to hear”

Lester King<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Dette sitatet skal finnes i ”Medicine and the media: a changing relationship. Cantigny Conference Series. Chicago: Robert McCormick Tribune Foundation, 1995). Jeg har ikke lyktes i å finne denne orginalkilden. Sitatet fant jeg i Nylennas (1996) artikkel skrevet i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

---

Et klart fellestrekk ved mine informanternes meninger, var deres oppfattelse av pressen og media som uvitende. Det ble høyløst klagd til meg om kjendisjournalister som nå skrev helsestoff, om hvor mye bedre det var i USA der de hadde spesialiserte helsejournalister og hvor mye feil journalistene til stadighet skrev. Det det ble referert til var manglende dekning av et produkt eller en sykdom, direkte feil på grunn av at journalistene hadde misforstått rapporter og forskning, men mest av alt; at dette hadde direkte uheldige konsekvenser for pasienter og brukere i samfunnet, som trodde på det som ble skrevet i avisene eller vist på nyhetene:

Hvis jeg skulle trodd på alt helsestoffet som stod skrevet i avisene, og hvis jeg skulle tatt alle testene, eller hørt på sjekkpunktene som stod skrevet i VG, hadde jeg jo vært hos legen hver eneste dag for en ny lidelse! Ifølge disse ”nyhetene”, er jeg både deprimert, alkoholiker, i faresonen for hjerteinfarkt og jeg er matintolerant.

#### Magnus

Tre ulike undersøkelser gjort på 1990-tallet evaluerte kvaliteten og omfanget av medisinske presseoppslag. Den ene undersøkelsen viste at det i Dagbladet og VG i løpet av 6 måneder, ble trykket 42 oppslag om legetabber. En annen undersøkelse vurderte skjønsmessig kvaliteten på presseoppslag om medisinske emner i seks ulike dagsaviser gjennom 3 måneder. Denne undersøkelsen viste at hele 85 % av oppslagene var medisinske riktige og utfyllende, mens bare 4 % av oppslagene var direkte feilaktige. En siste undersøkelse viser stikk i strid med sistnevnte at kvaliteten på helseinformasjon samlet fra seks ulike dagsaviser gjennom en uke, var svært lav og at oppslagene gjør det vanskelig for den vanlige leser å kunne treffe noen beslutninger om egen helse og medisiner basert på kunnskapen som ble presentert i oppslagene. Disse ulike undersøkelsene, tross i sine motsetninger, kan kanskje bidra til å vise til en påstand om at dagens medier ikke er forankret i folkeopplysning, men underholdning (Nylenna, 1996).

Nordmenn bruker i dag gjennomsnittlig over 7 timer hver dag på ulike massemedier. Av disse blir over 5 timer brukt til TV, radio, aviser og internett (Nordicom, 2006). I 1995 var den gjennomsnittlige tiden brukt på medier litt over 5 timer. Dette vil si at

tiden vi bruker på massemedier øker, og innholdet vi får med oss har et annerledes innhold enn tidligere. Dagens trend, ”infotainment”, bygger ikke sine artikler på dype analyser, men er preget av raske omveltninger og journalistenes vilje til å være allsidige. Dette har også preget helsejournalistikken. Med unntak av enkelte journalister, preges dagens mediabilde av helsestoff der journalistene ikke tar seg tid til å vurdere stoffet og heller ikke har kunnskapen til å kunne gå i dybden (Nylenna, 1996). Legekårsundersøkelsen fra 1996 viser at nesten fire av ti leger er misfornøyd med medias omtale av medisinske spørsmål (Hofoss, Falkum, Aasland og Akre, 1996).

Dette kan også komme til syne i pressens dekning av legemiddelindustrien. Underholdnings- og salgsverdien kan ofte stille sterkere enn kunnskapsforankringen. Kim Hannisdal, tidligere informasjonssjef i Statens legemiddelverk, nå konsulent for flere aktører i legemiddelindustrien, uttrykte i et intervju med Aftenposten Morgen (Skogstrøm, 1998) at et legemiddel, da med forankring til et legemidelfirma, går gjennom de fire samme akter i media uansett legemiddel og type media. I første akt blir legemiddelet knyttet til håp og drømmer om et bedre liv og en så sterk tro på legemiddelet at det nesten grenser til ønsketenkning. I andre akt følges saken opp med fokus på andre aspekter ved legemiddelet, for eksempel om det er økonomisk og om det burde komme på blå resept. I tredje akt, når legemiddelet har vært på markedet en stund, rettes plutselig oppmerksomheten mot alle bivirkningene legemidlet har og historier om pasienter som har blitt rammet av bivirkninger finnes på trykk. I denne fasen blir media interessert i hvilke markedsføringsstrategier firmaet har brukt og om det har skjedd noe snusk eller udokumentert underveis. I den fjerde, og siste, akten får legemiddelet dødsdommen. Media er sjokkert over bivirkningene og den uprofesjonelle markedsføringen, pasienter har fått ødelagt sine liv av bivirkninger, legemiddelet er farlig og potensielle erstatningssaker står for tur. Hannisdal finner to store problemer med denne formen for dekning av et legemiddel og legemiddelindustrien. For det første dekker media kun et og et aspekt av saken av gangen, når folket hadde tjent best på å få en bred, helhetlig og dyp omtale av saken. For det andre skremmer dette potensielle pasienter fra å ta medisiner som egentlig



---

hadde vært bra for dem. Det finnes ikke et medikament uten bivirkninger, men dette mener han pressen har oppdratt folket til å tro, for så å slå legemiddelindustrien og legemidler ned på bakken igjen (Skogstrøm, 1998).

Medisiner må altså kontekstualiseres. Appadurai (1986) argumenterer for at "commodities" (1986:3), eller varer, kan defineres som "objects of economic value" (1986:3). Videre vil et økonomisk bytte skape verdi og denne verdien vil være til stede i alle commodities som byttes. Ved å dermed fokusere på selve varen som blir byttet, i stedet for måten den blir byttet på, kan en fremme et argument om at det som skaper linken mellom bytte og verdi, er politikk. Politikk i dette henseende defineres som relasjoner, antakelser og konkurranse omhandlet makt. Dette igjen viser at varer, på lik linje med mennesker, har sosiale liv og kan studeres der etter (Appadurai, 1986:kap.1). Hannisdals scenario (Skogstrøm, 1998) om deknningen media gir et legemiddel, kan sees på som et eksempel på et legemiddels sosiale liv i media.

Mennesker tillegger varer mening og verdi, men den endelige verdien av varen settes i tingen selv, på måten de brukes, formen på varen og måten de byttes på. Det er denne fremgangsmåten å se varer på som gir varen en menneskelig og sosial kontekst. Kopytoff (1986) peker på at det derfor kan være fruktbart å se på varer som at de innehar en livshistorie. Denne livshistorien er kulturelt påvirket, og måten vi tolker den på kan manipuleres av andre individer. På grunn av denne muligheten til manipulasjon og kulturell påvirkning, kan også en vare bli til en ikke-vare, og en ikke-vare omdefineres til en vare (Kopytoff, 1986:kap.2). Et legemiddel kan da tolkes ulikt avhengig av hvem som ser det. Det kan være en vare med en pris, eller et helsegode den vestlige verden har krav på. Hvilken definisjon er da "den riktige"? Og hvilke implikasjoner medfører de ulike tolkningene? Kopytoffs (1986) tanker om at en vare har en livshistorie støttes da også av Van der Geest, Whyte og Hardon (1996) som jeg påpekte over. Hannisdals (jf. Skogstrøm, 1998) scenario med fire faser et legemiddel går igjennom i media gir også et innblikk i dets sosiale liv.

Det kan være gunstig i denne sammenhengen å trekke på tradisjonell antropologisk teori og empiri. Stenning (1958) viser hvordan et Fulani-hushold går gjennom en

livssyklus. Syklusen foregår ved at et par gifter seg, de får barn og de investerer alt de har i barna sine. Til barna har kommet i en alder der de kan hjelpe til, vil husholdet være i en dårlig økonomisk situasjon. Etter dette vil derimot mor og far få hjelp av barna og etter hvert vil barna også flytte ut. De vil da være i en god situasjon økonomisk og i tillegg få hjelp av barna (Stenning, 1958). På samme måte kan man se et legemiddels syklus eller sosiale liv. Et legemiddelfirma investerer mye penger i forskning og utvikling av et legemiddel i mange år, for så å markedsføre det til legemiddelet ”klarer seg selv”. Da er det legemiddelets tur til å hjelpe firmaet, mor og far, tilbake. Økonomisk vil da firmaet stå sterkt igjen etter mange utlegg på ”barnets” vegne. I den fasen der legemiddelfirmaet investerer i markedsføringen av legemiddelet vil medias omtale av legemiddelet spille inn. Og i denne fasen er mye avhengig av at man klarer å spille på lag med media.

Appadurai (1986) støtter seg på Simmels (1978) omhandlinger av verdi på varer, og argumenterer for at verdien som settes på en vare ikke bare kan baseres på etterspørselen etter den. Verdien må også sees i sammenheng med måten den byttes på og det er dette som utgjør selve verdien på varen (Appadurai, 1986:kap.2). Måten legemidler, og særlig reseptbelagte legemidler, byttes på, er helt spesiell sett i forhold til andre kommersialiserte varer på markedet. Det er ikke fri tilgang på legemidler, og pasienten kan ikke i alle tilfeller selv bestemme hvilke legemidler han eller hun vil bruke. I tillegg definerer en rekke institusjoner, som myndigheter, media og legemiddelindustrien, hvilke legemidler som i det hele tatt er på markedet, hvilke som fortrinnsvis skal benyttes på pasienter, og hvilke legemidler pasienten selv foretrekker. Også tatt i betraktning at et legemiddel kan være det som står mellom et menneskes liv eller død, vil verdien av et legemiddel gå langt utover prisen målt i penger. Jeg vil hevde at dette er en del av selve hovedårsaken til diskusjonen rundt legemiddelindustriens rolle i fremstilling og promotering av livsnødvendige legemidler. For hvordan kan en vares verdi gå utover prissettingen av den, og likevel selges for en fast sum? Dette igjen henger sammen med de siste års tendenser til å selge helse som en vare, og offentlighetens aversjon mot dette.

---

Appadurai (1986) peker på kunnskapen som ligger i en vare. Ved produksjon av varen vil man legge kunnskap *i* varen, slik Schering-Plough legger kunnskap i Remicade, mens ved å konsumere varen vil man *trekke ut* kunnskap av varen, slik en pasient vil forbruke varen og på hvilken måte dette skjer. Ved å produsere varen etter visse standarder som teknikk, kjemi og utseende, overfører man ikke bare kunnskap om det tekniske og objektive ved varen, men man legger også sosial kunnskap i varen. Og denne kunnskapen spres ved at varen spres. Dette kan igjen settes i sammenheng med varens livshistorie. På et punkt i livshistorien vil varens kunnskap spres videre. En implikasjon Appadurai (1986) forfekter her er at i komplekse, kapitalistiske samfunn, er denne kunnskapen om varer gjort til en vare i seg selv. Dette viste seg klart i mine informanters oppfattelse av hva de solgte. Solgte de kunnskapen bak Remicade, eller solgte de medisin?

### **Legemiddelindustrien i lommene på media?**

Men det finnes også en dobbeltsidighet i forholdet mellom legemiddelindustrien og media. Ettersom reglene for markedsføring av legemidler er blitt strengere og strengere, må legemiddelindustrien ty til nye metoder for å kunne vise frem sine medikamenter. En av disse metodene er for eksempel å bruke konsulentfirmaer, altså en mellommann som Hannisdal, som så slipper nyheter om et legemiddel eller en sykdom til media. Media har på sin side fullt og helt lov til å omtale legemidler eller en sykdom hvis det har en nyhetsverdi og ikke fungerer som direkte reklame for medikamentet. Media vil på denne måten fungere som annonsører for legemidler uten at de er fullstendig klar over det. Dette kombinert med dårlig helsekunnskap hos journalister, kan gi et skjevt bilde av et legemiddel. Og da vil scenarioer som Hannisdal beskriver i sine fire akter ikke være utenkelig svært ofte (Skogstrøm, 1998).

En undersøkelse fra 2005 utført av datainnsamlingsfirmaet Norstat på vegne av legemiddelfirmaet Pfizer, viste at 41 % av de spurte ville ha reklame for reseptpliktige legemidler direkte til publikum. 53 % var uenig. Som svar på et annet

spørsmål viste det seg at 65 % av de spurte var positive til at legemiddelfirmaer får lov til å gi informasjon om sykdom og behandlingsmuligheter direkte til publikum uten at det reklameres for et spesielt medikament (To av tre vil fjerne informasjonsmonopolet, 2005). Flere legemiddelfirmaer mener det derfor er et paradoks at samfunnsmedlemmer oppfordres til å aktivt oppsøke informasjon om egen helse, de vil ha informasjon om egen helse fra legemiddelfirmaer, men informasjonen er ikke tillatt. Problemet, mener industrien, blir da at publikum er nødt til å forholde seg til det media skriver, men media mangler god nok helsekunnskap. Det er også helt tilfeldig hva journalistene skriver om innen helse. De kan sette dagsordenen, velge seg ut de sakene og de vinklingene de mener er best, og det er som regel de som selger mest også. På denne måten gis det et svært skjevt helsebilde i norske medier, ifølge en rekke aktører innen legemiddelindustrien og innen kommunikasjonsbransjen.

Noen mener at ved en type helsejournalistikk som fokuserer på sykdom, vil leseren av en slik artikkel med en gang bruke seg selv som et eksempel i artikkelen. Ofte finner man typiske sjekklister i avisene, der du kan sjekke punkter som sier om du er i risikozonen for en eller annen sykdom. Dette mener de igjen kan føre til at personer som ikke nødvendigvis har noen sykdom, men som er i en risikosone hyppigere vil oppsøke lege og eventuelt også begynne på forbyggende behandling. Ved at friske personer blir sykeliggjort i media, vil staten også bli tvunget til å bruke helsekroner på disse "syke" personene. De gruppene av mennesker som da har typiske lavstatussykdommer, som psykiatriske pasienter, vil bli nedprioritert. Dagens helsejournalistikk bidrar derfor til en gal omfordeling. Helsekroner blir tatt fra de fattige og syke og gitt til de rike og friske (Carlsen, 2004). Caset jeg presenterte i innledningen til kapittelet, kan sees på som et eksempel på dette. Ved avisens oppslag om pollensesong og pollenallergi, vil da mange lesere sette seg selv inn i denne situasjonen og bruke seg selv som eksempel i avisens omtaler. Mange som da ikke egentlig trenger å verken oppsøke lege eller å starte på allergimedisin vil gjøre dette likevel. De spekulasjoner som også kan gjøres her, er om legemiddelindustrien er fullstendig klar over dette faktum og aktivt spiller på dette. For det å få en stor masse

---

av befolkningen på et legemiddel for en generell sykdom lenge før personen egentlig er syk, vil jo gi mye mer penger i kassa enn de få personene som faktisk blir syke vil gi. I kapittel 4 viste jeg til hvordan normalitet sykkeliggjøres og medisineres ved å vise til Lock (1993) og ”lykkepille – debatten. Dette kan sees i sammenheng med hvordan legemiddelindustrien velger å sette fokus på ulike sykdommer og hvilke medikamenter som kommer på markedet. Her blir media brukt som en pågangsdriver av legemiddelindustrien for å sette det fokus på en sykdom eller lidelse som kreves for å da skape unormalitet som kan medisineres.

I sammenheng med å vise hvordan makt kan brukes vil jeg nå vise et case som jeg mener kan bidra til å belyse forholdet mellom mine informanter og media og hvordan forholdet oppfattes av mine informanter. En siste del vil knytte de ulike aktørenes handlingsmåter opp til teori om makt.

## “Dårlige nyheter selger mer enn gode”

Under lunsj en dag jeg satt med Magnus, begynte vi å snakke om media. Årsaken til det var at det dagen før hadde vært et oppslag i Dagbladet om forholdet mellom legemiddelindustrien og leger. Fremstående leger og forskere hadde alle ment at samarbeidet var for nært. Magnus fortalte meg at han mener folk er mer opptatt av sjokknyheter som kommer frem om industrien i stedet for å spørre seg hva som egentlig skjer i industrien. Han sa at mediene ikke er interessert i å skrive annet enn negativt om industrien på grunn av dette: ”dårlige nyheter selger mer enn gode...bare se på tsunamien”. Videre kom Patrick til i samtalen, ser på meg og spør: ”du som kommer utenifra og har vært med oss på møter med leger og sykepleiere, synes du at vi smører dem?” Jeg stusset litt på spørsmålet og visste ikke helt hva jeg skulle svare, men før jeg fikk gjort det fortsatte Patrick: ”i alle industrier har selgere som regel et godt og stabilt forhold til de som skal bruke produktene, men det er bare i vår bransje at media henger oss ut på grunn av det”. Diskusjonen om media stoppet mer eller mindre der, men jeg hadde likevel fått mye verdifull informasjon om mine informanters følelser for media. Denne episoden har vist meg at maktforholdet

mellom media og legemiddelindustrien er preget at av begge parter kan ha overtaket over den andre parten, avhengig av situasjon til situasjon. Om dette er bevisste eller ubevisste handlinger, har jeg ikke belegg for å uttale meg om.

## Hva har jeg vist av makt her?

Engelstad (1999) mener en som vil utøve makt aldri kan ha full kontroll over de som skal styres og heller ingen reel makt over utfallet av bestemmelser. Dette er betegnende for maktforholdet mellom media og legemiddelindustrien, siden det er et tosidig forhold, noen ganger oppfattet som positivt og andre ganger som negativt av mine informanter. Luhmann (1979) presenterte ulike sfærer makt oppstår i og hvordan makt utviklet i en sfære vanskelig kan overføres til en annen sfære. Man kan da si at staten er utviklet innenfor en byråkratisk sfære, media innenfor en sfære basert på det frie ord og opposisjon, mens legemiddelindustrien er utviklet innenfor en kapitalistisk sfære. Ved å vise at de forskjellige partene er utviklet og opererer innenfor ulike sfærer, vil det også vise at det kan være vanskelig for noen av partene å fullstendig overføre sin makt til noen av de andre. På et punkt stemmer imidlertid ikke dette, da staten er lovgivende og uansett har den lovgivende makten til å utarbeide lovverk. Mann (1986) viste til blant annet ideologisk makt. I dagens vestlige samfunn kan man si at helse som et gode er nært knyttet opp til den vestlige ideologi. Helse er igjen nært knyttet til tilgangen på legemidler. Ved å inneha muligheten til å tilby legemidler som igjen kan gi god helse, vil man på et punkt kunne si at legemiddelindustrien indirekte har ideologisk makt. Men det å blande penger og inntekt med dette tilbudet om god helse, bryter samtidig prinsippet om helse som et gode. Linjen til å følge vår ideologi og dermed oppnå ideologisk makt er brutt.

Som påpekt er forholdet mellom media og legemiddelindustrien et vekslende forhold. Dette både fordi legemiddelindustrien lobber direkte til media for å oppnå positiv omtale og blest om visse produkter eller helsetilstander, og fordi media i tillegg til å akseptere dette, viser et negativt bilde av industrien. Jeg støtter arbeidene som viser at

journalister er rødgrønne av politisk oppfatning og at dette kan være kimen til en negativ omtale av en kapitalistisk industri som tjener penger på folks helse. Jeg velger å tolke medias stemme mot legemiddelindustrien som et forsøk på å utøve makt over den. I det andre caset jeg presenterte viste mine informanter deres forhold til dette, forklart ved at journalister skriver om det som selger mest og er sjokkartet. I de tilfellene legemiddelindustrien bruker lobbyvirksomhet rettet mot media for å forsøke å få inn sine saker, viser dette derimot at industrien forsøker å utøve makt over media, eller eventuelt utnytter en sak i media og viderefører dette til sin fordel. Det første caset jeg presenterte var et klart eksempel på dette.

Både legemiddelindustrien og media har makt. I dette kapitlet har jeg forsøkt å vise hvordan de bruker denne makten og hvordan de kan bruke denne makten, og jeg har vist hvordan mine informanter hos Schering-Plough har opplevd dette maktforholdet. De fire siste kapitlene har vist hvordan makten som finnes i et legemiddel påvirker maktforholdet mellom Schering-Plough, myndighetene og media og hvordan de ulike partene handler i forhold til sin ervervede makt og maktmuligheter.

## 8. Konklusjon og oppsummering

Jeg spurte i problemstillingen hvem menneskene som jobber i legemiddelindustrien egentlig er, hvordan de oppfatter sin egen industri, sine arbeidsmetoder, de andre parter de må samhandle med og mot og hvordan de legitimerer sitt eget virke. Jeg valgte å utforske problemstillingen ved hjelp av begrepet makt.

Helse er den verdi vi verdsetter høyest i vårt samfunn. Legemidler bidrar til å oppnå denne verdi og medisin kan sies å ha tatt over religionens plass i vårt samfunn (McGuire, 1997). Legemiddelindustrien er produsentene bak vårt samfunns medisin, men oppnår ikke legitim- eller ideologisk makt (Weber, 1971) fordi dette er prinsipper tuftet på etikk, og legemiddelindustrien er uetiske i det øyeblikk de sammenblander hver enkelts rett til god helse med egen inntjening.

Min tittel på oppgaven spør: ”Legemiddelindustrien i Norge: kapitalister eller idealister?” For å utforske dette spørsmålet vil jeg først vise hva jeg legger i begrepene. Kapitalister vil for meg fremstå som tilhengere av kapitalismen, som er et økonomisk system hvor produksjonsmidler eies av det private og høy inntjening er det fremste mål. Idealister vil for meg være uselviske idealistiske personer og i denne sammenheng er idealet å skaffe den best mulige medisin til så mange pasienter som mulig, uten å måtte ta økonomiske hensyn. Legemiddelindustrien i Norge, representert ved informanter hos Schering-Plough, kan ikke sies å være verken idealister eller kapitalister. Det vil i tillegg være umulig å kategorisere dem fordi de ulike personene som jobber i industrien legitimerer sitt virke på ulike måter. Samtidig legges det føringer for industrien og industrien legger føringer for andre. Så å kunne se legemiddelindustrien i et vakuum bare for et øyeblikk vil være umulig. Min hensikt med tittelen på oppgaven har i stor grad vært å stille et spørsmål de fleste ikke ser noen grunn til å svare på. Spørsmålet blir oppfattet som retorisk, da legemiddelindustrien mest av alt blir sett på som kapitalister fremfor idealister. Men som oppgaven min viser er dette spørsmålet langt fra retorisk. De ulike personer som

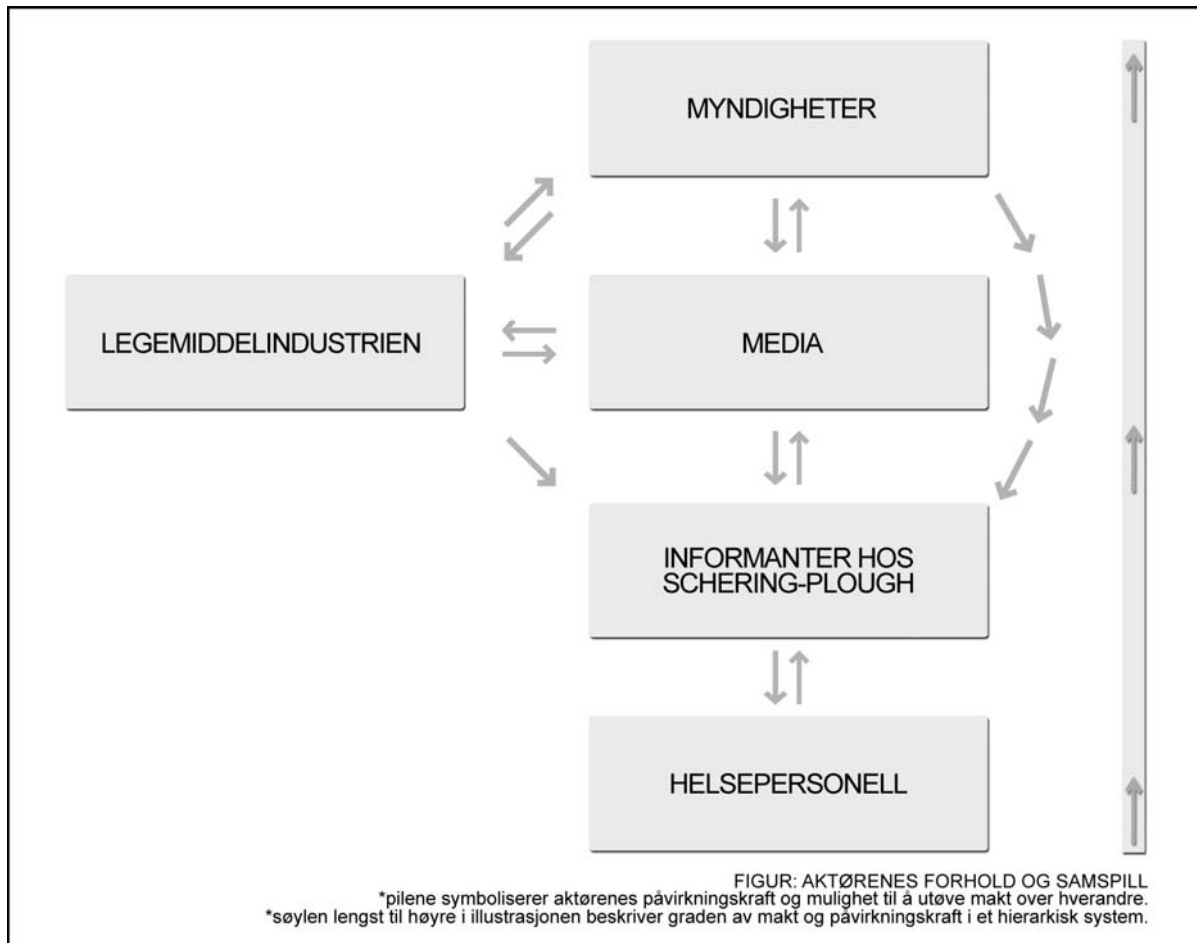


---

jobber i Schering-Plough er svært forskjellige, både i oppfattelse og tolkning av seg selv, sitt virke og sin industri.

Gjennom Van der Geest, Whyte og Hardon (1996), Appadurai (1986) og Kopytoff (1986) har jeg vist til legemiddelets sosiale liv, dets syklus, dets "thinginess", og at dette bidrar til å gi legemiddelet mye av den kraften og makten det får i kombinasjon med medisins plass i vårt samfunn. Legemiddelindustrien gis dermed indirekte en enorm makt gjennom å være produsentene bak legemiddelet. Staten oppnår en strukturell makt (Lukes, 2005) fordi de sitter på retten til å ta beslutninger, sette dagsorden og innehar i tillegg ideologisk makt. Staten har i tillegg produktiv makt (Foucault, 2000) over legemiddelindustrien, fordi det kan tenkes at grunnen til at forholdet til staten ikke ble snakket så mye om av mine informanter var fordi rammeverket staten har omkranset legemiddelindustrien med er så indoktrinert hos mine informanter at det ikke blir sett på som makt.

Mitt hovedargument har vært at samhandlingen mellom legemiddelindustrien, staten og media er relasjoner preget av makt og makthandlinger. Jeg påstår at de forskjellige partene mangler en gjensidig forståelse for hverandre og at dette bunner i at de befinner seg i ulike lokale kulturer. Alle partene har det samme målet som er best mulig helse ved hjelp av legemidler, men det finnes en uenighet om hvordan dette skal gjøres og ved hjelp av hvilke legemidler. Mitt argument har også vært at legemiddelindustrien på mange måter holdes utenfor denne diskusjonen fordi de ikke blir sett på som en seriøs samtalepartner fordi de blander retten til en god helse med en kapitalistisk drevet industri. Mitt siste argument er at maktkampen som utspiller seg mellom partene er en kamp om ressurser og en kamp om retten til å definere riktig og galt innen legemiddelpolitikken. Figur 1 illustrerer mine tanker og analyser om forholdet mellom de ulike aktørene.



Figuren viser at relasjonene mellom de ulike aktørene er svært komplekse. Forholdet de hierarkisk er satt i, er etter min bedømming av hvor stor reell grad av makt aktørene sitter på. Myndighetene er satt i en gjensidig relasjon til legemiddelindustrien som en helhet. Som en helhet mener jeg legemiddelbedriftene i Norge samlet og organisert gjennom Legemiddelindustriforeningen (LMI). Samtidig vil de bedriftene som befinner seg i dette feltet være påvirket av bestemmelser og føringer som de internasjonale hovedstyrene i de ulike selskapene har lagt. Legemiddelindustrien forsøker å påvirke myndigheter gjennom press for å få igjennom tiltak og lovverk som gangner industrien. Myndighetene vil på sin side utøve press tilbake for å få igjennom sine saker som er i tråd med budsjetter gitt dem og til samfunnets beste. Myndighetene er satt i en gjensidig relasjon også til media. Dette fordi dette forholdet er preget av medias rolle som ”vakthund”. Media tar opp saker vedrørende det de anser som god eller dårlig legemiddelpolitikk for å utøve press på myndighetene. Myndighetene på sin side kommer til tale gjennom å

---

kommunisere tilbake og debattere om disse sakene gjennom media for å forsvare sine beslutninger. Myndighetene er satt opp i en enveisrelasjon til mine informanter i Schering-Plough. Dette fordi de legger føringer for mine informaners daglige virke, men jeg vil påstå at disse føringene kan ansees som en form for internalisert makt som mine informanter ikke problematiserte og derfor en enveisrelasjon.

Forholdet mellom legemiddelindustrien og media og mine informanter og media er satt opp som toveisrelasjoner med rom for gjensidig påvirkning og maktutøvelse. Både legemiddelindustrien og mine informanter blir påvirket av media gjennom omtale i medier, men samtidig vil de også forsøke å påvirke media gjennom blant annet lobbyvirksomhet og produktslipp i medier. Legemiddelindustriens forhold til mine informanter er satt opp som en enveisrelasjon. Mine informanter har muligheten til å påvirke legemiddelindustrien og LMI gjennom forslag og tiltak, men generelt vil jeg påstå at LMI legger føringer for mine informanter ved å lovregulere mine informaners forhold til for eksempel leger og deres organisering og gjennomføring av møter og kongresser. Samtidig vil Schering-Plough internasjonalt, med hovedkontor i USA, og dets aksjonærer legge føringer for Schering-Plough i Norge, som befester seg helt ned på mine informaners nivå og deres daglige virke.

Det siste forholdet jeg har problematisert er forholdet mellom mine informanter og helsepersonell. Dette er en gjensidig relasjon regulert av avtaler for samhandling utarbeidet i samarbeid mellom LMI og Den norske lægeforening, i tillegg til Norsk Sykepleierforbund. Begge parter var med på å utarbeide avtalen og begge parter har dermed påvirket hverandre. Mine informanter påvirket og utøvde makt over helsepersonell ved å forsøke å overbevise dem om at deres produkter var de beste, mens helsepersonell på sin side utøvde makt gjennom holdninger til legemiddelindustri og ved å kunne velge hvilke produkter de ville skrive ut, hvilke produktspesialister de ville høre på og om de ville møte dem i det hele tatt.

Gjennom å vise til figur 1 har jeg påpekt hvordan mine informaners hverdag eksplisitt ble påvirket gjennom maktrelasjoner til media og til helsepersonell. Implisitt påvirket relasjonene til legemiddelindustrien som en helhet, Schering-

Plough internasjonalt og myndighetenes lovreguleringer mine informanter. Figuren bidrar til å avdekke noen av maktrelasjonene mellom de ulike aktørene og spesielt hvordan disse relasjonene la føringer for mine informanter i Schering-Plough.

Menneskene som jobber hos Schering-Plough har forskjellige oppfatninger av sin arbeidssituasjon og forskjellige motivasjoner for å arbeide i industrien. Det blir derfor vanskelig for meg å gi noe entydig svar på hvem menneskene som jobber i legemiddelindustrien er. Men jeg kan si at mine informanter i all hovedsak uansett uenigheter oppfatter sin egen industri som nødvendig, en industri som må og skal finnes. Deres arbeidsmetoder på samme måte: noen må ta den jobben og. Hvordan de ulike informanter legitimerer sitt eget virke viser klart at Schering-Plough er en pluralistisk arbeidsplass uten en spesiell type mennesker. Noen legitimerte sitt virke med grunn i pasientenes beste, andre ved at dette var en 8-4 jobb og de hadde lån de måtte betale på lik linje med alle andre mennesker i vårt samfunn.

Uansett hvordan mine informanter begrunnet deres virke, har de gjennom sin industri makt, men de blir også utsatt for maktutøvelse av andre aktører nettopp på grunn av sin tilhørighet til legemiddelindustrien. Uenighetene mellom de ulike aktørene er en maktkamp og maktkampen handler om tilgang til ressurser. Jeg vil påstå at kommunikasjonsproblemene mellom de ulike aktørene stat, media og legemiddelindustri grunner i det Luhmann (1979) kaller sfærer, og overføring av makt mellom ulike sfærer. Jeg støtter meg på Luhmann og ser makten i de ulike sfærene som vanskelig å overføre til en annen sfære. Da legemiddelindustrien opererer innenfor en sfære, staten i en og media i en annen, vil de ulike partene bruke sine kjente metoder for å forsøke å overføre makt til en av de andre sfærene. Men dette er vanskelig, om ikke umulig, og på grunn av denne stadige kampen oppstår det kommunikasjonsproblemer mellom partene fordi de handler på hver sin plattform, i hver sin sfære og med hver sine verktøy. Men likevel handler alle partene i tråd med et felles mål: oppnå makt over en av de andre partene, som igjen vil føre til tilgang på ressurser og makt til å definere.

Hvilke tiltak som kunne bidratt til en bedre situasjon og en bedre kommunikasjon sitter jeg ikke i en posisjon til å foreslå, men denne oppgaven har forsøkt å si noe om hvorfor ting kanskje er som de er. Og ved å vise hvorfor og hvordan, kan det være lettere for de ulike partene å jobbe videre med hvordan situasjonen kan forandres og forbedres.

“What is disease is, in the last instance,  
not a biological fact but a decision of society”

Erwin Ackerknecht, 1971:167



---

## Kildeliste

- Ackerknecht**, Ervin (1971): *Medicine and ethnology: selected essays*. Bern, Hans Huber.
- Appadurai**, Arjun (1986): *The Social life of things: commodities in cultural perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Avtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Den norske Lægeforening om retningslinjer for samarbeid og samhandling mellom leger, Legeforeningen og legemiddelindustrien**, (2004). URL: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=55565>. [Lesedato 05.09.2007].
- Barstad**, Anders (1999): "Verdier, statistikk og det gode liv". I: *Samfunnsspeilet*, nr. 4, 1999.
- Behandling av depresjon i allmennpraksis**: Konsensuskonferanse 9. - 10. November, 1999. Rapport nr. 14. Komitéen for konsensuskonferanseprogrammet, Oslo, 2000.
- Berg**, Ole (2003): Makt og eksistens. Rapportserien, nr. 57. Oslo: *Makt- og demokratiutredningen*, 2003.
- Borgen**, Erling (2006). Foredrag holdt på konferanse i regi av "Le Monde diplomatiques", november 2006. Oslo: Fritt Ord. URL: <http://www.youtube.com/watch?v=EMDP1pEJCv8>. [Lesedato: 09.07.2007].
- Bourdieu**, Pierre (1977): *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Carlsen**, Terje (2004): *Selger media legemidler?*. URL: <http://www.dagbladet.no/kultur/2004/07/26/403841.html>. [Lesedato 21.10.2007].
- Conrad**, Peter (1985): "The meaning of medications: another look at compliance". I: *Social Science and Medicine*, nr.20, s.29-37.
- Csordas**, Thomas J. (1990): "Embodiment as a Paradigm for Anthropology." I: *Ethos*, Vol. 18, No.1. American Anthropological Association.
- Ebbestad**, Håvard (2006): *For mye forlangt?*. URL: [http://www.pfizer.no/templates/NewsPage\\_\\_\\_\\_1416.aspx](http://www.pfizer.no/templates/NewsPage____1416.aspx). [Lesedato 04.05.2007].
- Engelstad**, Fredrik (1999): *Om makt: teori og kritikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- European Health for all database** (2007). URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>. [Lesedato 05.12.2007].
- Fangen**, Katrine (2004): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Farmer**, Paul (1999): *Infections and Inequality: the modern plagues*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

- Foucault, Michael** (1999): *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie*. Oslo, Gyldendal
- Foucault, Michael** (2000): *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzel.
- Fugelli, Per, Stang, Grete, og Wilmar, Bente** (2003): Makt og medisin. Rapportserien, nr. 57. Oslo: *Makt- og demokratiutredningen, 2003*.
- Færevåg, Henrik** (2006): *Journalistenes storting blodrødt*. URL: <http://pub.tv2.no/nettavisen/ibergen/article635489.ece>. [Lesedato 21.10.2007].
- Geertz, Clifford** (1976): *The Religion of Java*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- Goffman, Erving** (1989): "On Fieldwork". I: *Journal of Contemporary Ethnography*, vol.18, 2:123-132.
- Gulbrandsen, Pål** (2003): Skjult medisinsk makt i samfunnet. Rapportserien, nr. 57. Oslo: *Makt- og demokratiutredningen, 2003*
- Gullestad, Marianne** (1984): *Kitchen-Table Society*. Universitetsforlaget: Oslo
- Habermas, Jurgen** (1984): *The Theory of Communicative Action – Reason and Rationalization of Society*. Vol.1, Boston: Beacon Press.
- Hannisdal, Kim** (2005): "Demoniseringen av legemiddelindustrien fordummer". I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr.19, 125:2662-2663.
- Hem, Erlend** (2001): "Leger er positive til gaver fra industrien". I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 16, 121:1960.
- Hofoss, Dag, Falkum, Erik, Aasland, Olaf og Akre, Victoria** (1996): "Leger og massemedier". I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 116:270-4.
- Informasjonspakken om samarbeidsavtalen mellom LMI og helseforetakene** (2005). URL: <http://www.lmi.no/FullStory.aspx?m=96&amid=23556>. [Lesedato 10.10.2007].
- Joralemon, Donald** (2006): *Exploring medical anthropology*. Boston: Pearson/A and B.
- Kirkengen, Anne** (2000): "Innskrevet i kroppen". I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 13, 120:1518-1522.
- Kleinman, Arthur** (1981): *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press: Berkley, Los Angeles, London.
- Kopytoff, Igor** (1986): "The cultural biography of things: commoditization as process". I: *The social life of things: commodities in cultural perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Legemidler** (2008). URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Legemidler.html?id=11633>. [Lesedato 13.01.2008].



- 
- Leger, pasienter, organisasjoner: et scenario mot 2010** (2002). URL: [http://www.astrazeneca.no/azmedica/annet/0202\\_forskning.html](http://www.astrazeneca.no/azmedica/annet/0202_forskning.html). [Lesedato 07.09.2007].
- Lock**, Margareth (1993): *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley og London: University of California Press.
- Luhmann**, Niklas (1979): *Trust and power*. Chichester: John Wiley.
- Lukes**, Steven (2005): *Power: a radical view*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mann**, Michael (1986): *The sources of social power: A history from the beginning to AD 1760*. Cambridge: Cambridge University Press
- Mauss**, Marcel (2004): *Kropp og person: to essays*. Oslo: Cappelen forlag AS.
- McGuire**, Meredith (1997): *Religion: the social context*. Belmont, California: Wadsworth.
- Meland**, Astrid (2007): *Venstrevridde medier gjør folk dummere*. URL: <http://www.dagbladet.no/magasinet/2007/10/02/513806.html>. [Lesedato 21.10.2007].
- Merleau-Ponty**, Maurice (1994): *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Nichter**, Mark (1996): *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*. Amsterdam: Breach & Gordon.
- Nordicom** (2006). URL: [http://www.nordicom.gu.se/?portal=mt&main=showStatTranslate.php&me=1&media=All%20Media%20\(comparative\)&type=media&translation=Alla%20medier%20\(j%E4mf%F6rande\)](http://www.nordicom.gu.se/?portal=mt&main=showStatTranslate.php&me=1&media=All%20Media%20(comparative)&type=media&translation=Alla%20medier%20(j%E4mf%F6rande)). [Lesedato 13.12.2007].
- NSF inngår samarbeidsavtale med legemiddelindustrien** (2006). URL: <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=9672> . [Lesedato 20.09.2007].
- Nylenna**, Magne (1996): "Medisin, medisinere og massemedier – misnøye og misforståelser". I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 116:215-6.
- Oldani**, Michael (2002): "Tales from the "Script": An Insider/Outsider View of Pharmaceutical Sales Practice". I: *Kroeber Anthropological Society Papers*, vol. 87, s. 147-177.
- Oldani**, Michael (2004): "Thick Prescriptions: Toward an Interpretation of Pharmaceutical Sales Practices". I: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 18, nr.3.
- Om apotekbransjen** (2008). URL: <http://www.apotek.no/sw114.asp?ParentID=109>. [Lesedato 14.04.2008].

- Petersen, Alan** og **Bunton, Robin** (1997): *Foucault, health and medicine*. London: Routledge.
- Piller, prioritering og politikk**. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997. (NOU 1997:7).
- Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken**. St.meld. nr.18. (2004-2005).
- Rosaldo, Michelle** (1984): Toward an anthropology of self and feeling. I: *Culture theory: Essays on mind, self and emotion*. Edited by R. A. Shweder and R. A. L. Vine, s. 137-57. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sartre, Jean-Paul** (2002): *Scetch for the theory of the emotions*. London: Routledge.
- Schei, Edvin** (2003): Makt i lege-pasientforholdet. Rapportserien, nr. 57. Oslo: *Makt- og demokratiutredningen, 2003*
- Scheper-Hughes, Nancy** og **Lock, Margareth M.** (1987): "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology." I *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1, No.1. s. 6-41.
- Sedgwick, Peter** (1981): "Illness – Mental and Otherwise". I: *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*. Caplan, Engelhardt og McCartney (red.), s.119 – 130. London: Addison-Wesley.
- Simmel, Georg** (1978): *The philosophy of money*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Skogstrøm, Lene** (1998): "Pillen som gjenreiser mannen". I: *Aftenposten*, morgen, 14.06.1998, s. 17.
- Stenning, Derrick** (1958) "Household Viability among the Pastoral Fulani". I: *The Developmental cycle in domestic groups*. Cambridge, Cambridge University Press.
- St.prp. nr. 1(2007-2008)**. URL:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/Stprp-nr-1-2007-2008-.html?id=483671>. [Lesedato 10.02.2008].
- Tall og fakta: Legemidler og helsetjeneste**. Oslo: Legemiddelindustriforeningen (LMI), 2007.
- Thelle, Dag** (2001). *På den usikre siden: risiko som forestilling, atferd og rettesnor*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- To av tre vil fjerne informasjonsmonopolet** (2005). URL:  
[http://www.pfizer.no/templates/NewsPage\\_\\_\\_\\_\\_795.aspx](http://www.pfizer.no/templates/NewsPage_____795.aspx). [Lesedato 23.11.2007].
- Turner, Victor** (1967): *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. Ithaca, N.Y., Cornell University Press.

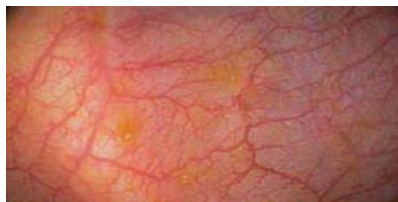
- 
- Van der Geest**, Sjaak, Whyte, Susan Reynolds og Hardon, Anita (1996): "The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach". I: *Annual Review Anthropology*, nr.25, s.153-178.
- Votvik**, Johan (2006): *Pasientorganisasjoner får legemiddel-støtte*. URL: <http://www.helseveien.no/index2.asp?newsid=3569>. [Lesedato 21.10.2007].
- Wadel**, Cato (1991): *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Weber**, Max (1971): *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal.
- Whyte**, Susan Reynolds (1992): "Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in the social relations of health care in Uganda". I: *Culture, Medicine and Psychiatry*, nr.16, s.163-186.

## 9. Appendix 1

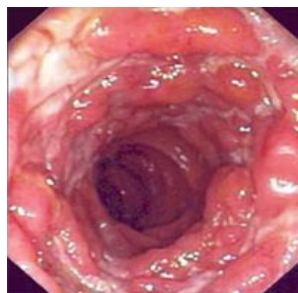
### Godkjente indikasjoner for Remicade

#### Crohns sykdom

Crohns sykdom er en kronisk betennelsessykdom i fordøyelseskanalen, som som oftest debuterer i alderen 15-25 år. Symptomer ved aktiv sykdom er hyppig avføring (mer enn 10 avføringer i døgnet), diare, magesmerter, dårlig matlyst, vekttap, feber og generell sykdomsfølelse. Sykdomsutbredelsen, ved betennelses- og sårområder, er ofte flekkvis og alle avsnitt av fordøyelseskanalen, fra munnhule til endetarmsåpning, kan rammes. Av komplikasjoner som kan oppstå er fisteldannelse vanlig. Det vil si at det dannes seg en ny liten kanal for tarminnholdet. Samtidig har Crohns sykdom et meget individuelt varierende forløp. Av alle Crohns pasienter må ca 40 % opereres innen 5 år etter diagnostetidspunkt ved å fjerne deler av tarmen. Årsaken til at sykdommen oppstår er ukjent, men man vet det er en genetisk disposisjon for sykdommen. Hvert år diagnostiseres 2 – 300 nye tilfeller i Norge.



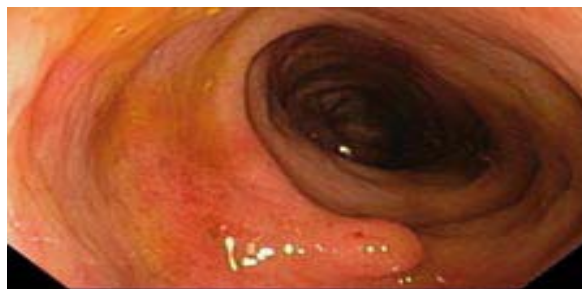
Normal tykktarmslimhinne



Betent tarm ved Crohns sykdom

## Ulcerøs kolitt

Ulcerøs kolitt er også en kronisk betennelsessykdom, men til forskjell fra Crohns sykdom, rammer ulcerøs kolitt bare tykktarmen. Ellers er symptomene og sykdomsforløpet ganske like ved begge sykdommene. Sykdommen debuterer som oftest i alderen 25-35 år, og kvinner er noe hyppigere representert enn menn. . Årsaken til at sykdommen oppstår er ukjent, men man vet det er en genetisk disposisjon for sykdommen. Hvert år diagnostiseres ca. 600 nye tilfeller i Norge.



Ulcerøs kolitt med lett betent slimhinne.

Blodårene er ikke lenger synlige på grunn av hevelse og fortykket slimhinne.



Ulcerøs kolitt med alvorlig betennelse. Det ses utbredte blødninger og sår i slimhinnen.

## Revmatoid artritt (leddgikt)

Revmatoid artritt er en kronisk revmatisk sykdom som kan gi betydelig funksjonstap gjennom skade på ledd og indre organer. Det typiske er hovne ledd med redusert bevegelse i fingre, tær og andre små- og mellomstor ledd. Sjeldnere angripes hofter, og i ryggen er det bare nakken som kan bli skadet. Det finnes en sammenheng mellom revmatoid artritt og en rekke andre lidelser som påvirker de indre organer ved at disse også får en revmatisk skade. Mellom 20 – 30 000 personer i Norge lider av revmatoid artritt. Årsaken til revmatoid artritt er ukjent, men genetiske og miljømessige faktorer spiller begge en rolle.



Hovne, skadde ledd ved revmatoid artritt

## Ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom)

Bekhterevs sykdom er en revmatisk sykdom. Hovedsymptomet er ryggsmarter. Det typiske er at smerten er verst når man er i ro og bedre når man er i bevegelse. Smerten er gradvis økende utover i sykdomsforløpet, og betennelsen i ryggen, med påfølgende stivhet, kan føre til en gradvis tilstivning etter hvert. Pasienten opplever også etter hvert en stivhet i brystkassen, noe som kan føre til at lungekapasiteten svekkes, og noen pasienter kan oppleve at de ikke klarer å trekke pusten ordentlig. Som regel opptrer sykdommen i intervaller. Man opplever sykdommen i over 3 mnd om gangen før en pause. Men sykdommen er kronisk og alltid tilbakevendende. Tidligere kunne man lett se en Bekhterevs pasient på den typiske foroverbøyde holdningen som ryggen hadde stivnet i, men på grunn av dagens behandlingstilbud er dette sjeldnere og sjeldnere. Man anslår at ca. 0,2 - 0,3 % av den norske befolkningen er rammet av sykdommen. Hovedtyngden av de rammede er menn, og sykdommen debuterer omtrent uten unntak i ung alder, det vil si under 40 år. Man kan være arvelig disponert for Bekhterevs sykdom uten at man utvikler det.



Et sykdomsforløp ved Bekhterevs sykdom

## Psoriasisartritt

Psoriasisartritt er en revmatisk sykdom som gir leddbetennelse hos pasienter som i tillegg har hudsykdommen psoriasis. Årsaken til hvorfor dette oppstår er ukjent, men man vet at det foreligger en liten arvelig disposisjon. Psoriasisartritt angriper ledd i hender, føtter, skuldre, knær og hofter, og i tillegg forekommer psoriasis ved ulike steder på kroppen.



Hovne, skadde ledd ved psoriasisartritt

## Psoriasis

Psoriasis er en hudsykdom karakterisert ved røde områder i huden dekket av hvite skjell. De vanligste stedene på kroppen det oppstår er hodebunn, albuer, knær og nedre del av ryggen, men det kan også forekomme andre steder som for eksempel i neglen. Normalt tar celledelingen i huden 28 dager, men i de områdene en har psoriasis tar det bare fra 7-14 dager. Når celledelingen går så fort, trenger huden økt produksjon av energi, blod og surstoff. Det er dette som gjør at utslettene blir røde og hissig i tillegg til flassingen. Mellom 2-4 % av Norges har denne hudsykdommen.



Rygg ved psoriasisutbrudd



## 10. Appendix 2

### Intervjuguide/sjekkpunktliste til ustrukturerte intervju og samtaler

- 1) Mener informanten at han selger kunnskap eller medisin?
- 2) Hvorfor tror informanten at media er ute etter ”å ta dem”
- 3) Hvordan mener informanten at han/hun blir styrt av staten i sitt arbeid
- 4) Hvordan omtaler informanten helsepersonell (særlig leger) og hans/hennes forhold til disse?
- 5) Nevner informanten noe om makt? Hvis ja, hvordan kan det tolkes? Hvis ikke, hinte frempå om makt og et maktforhold for å få informanten til å snakke.
- 6) Hvordan omtaler informanten seg selv?
- 7) Hvordan omtaler informanten legemiddelindustrien som et hele?
- 8) Hvordan omtaler informanten Schering-Plough?
- 9) Hvordan og hvorfor tror informanten legemiddelindustrien har fått et dårlig rykte og hvem sin skyld er dette?

## 11. Appendix 3

### Avtaler mellom Den norske Lægeforening og Legemiddelindustriforeningen

#### Samarbeid med regionale helseforetak

Samarbeid mellom regionale helseforetak og legemiddelindustrien bidrar til å sikre riktig legemiddelbruk og faglig samhandling, utvikling av nye legemidler, faglig utvikling og riktig praksis i pasientbehandling. Avtalen trådte i kraft 1. januar 2006 og ble underskrevet av Legemiddelindustriforeningen (LMI) og de regionale helseforetak etter ønske fra begge parter. Målet med avtalen er at faglighet og etikk skal styre alt samarbeid. Dette ved at pasienter og samfunn skal kunne ha tillitt til helsepersonells uavhengighet, integritet og medisinske vurderinger. Hver enkelt ansatt innen legemiddelindustrien eller helseforetakene har selv ansvar for å følge avtalen. Foretakene har selvstendig ansvar for å gjøre medarbeiderne kjent med avtalen, samt etablere egne rutiner i forhold til avtalen. I tillegg kreves det skriftlighet ved samhandling som innebærer økonomiske transaksjoner, samarbeidsprosjekter om forskning, invitasjoner til kurs, faglige møter og kongresser og ved avtaler om opplæring av pasienter og pårørende (Informasjonspakken om samarbeidsavtalen mellom LMI og helseforetakene, 2005).<sup>34</sup>

Ved møter, kurs og kongresser praktiseres avtalen ved at invitasjoner fra legemiddelindustrien skal sendes til foretakets administrerende direktør, eller den han/hun har delegert ansvaret til. Rutinene for kontakt bør også legges ut på foretakets hjemmeside, slik at legemiddelindustrien lett kan forholde seg til dem. Den enkelte ansatte i foretaket har selv ansvar for å få godkjent deltakelse på møter, kurs eller kongresser. Dette skal godkjennes av administrerende direktør eller den ansvaret

---

<sup>34</sup> Heretter referert til som Informasjonspakken, 2005.

---

er delegert til. Alle møter skal være avtalt på forhånd og uanmeldte besøk skal ikke finne sted. Reise- og oppholdsutgifter ved deltakelse på kurs og kongresser skal normalt dekkes av foretaket selv. Unntaket er hvis arrangementet er vesentlig for faglig oppdatering og for foretakets samlede kompetanseutvikling og strategi. Industrien skal derfor ikke bidra økonomisk eller praktisk til arrangementer i foretakets egen regi. Industrien kan ikke gi verken praktisk eller økonomisk støtte til kurs eller konferanser som gir helsepersonell tellende eller godkjente timer, som ved utdanning eller arbeidstimer (Informasjonspakken, 2005).

Helsepersonell kan ikke motta gaver fra legemiddelindustrien eller deres representanter. Unntaket er hvis gaven er av ubetydelig verdi og ikke egnet til å påvirke mottaker på en utilbørlig måte. En påvirkning regnes som utilbørlig hvis den fører til at andre vurderinger enn rent faglige og samfunnsøkonomiske ligger til grunn for beslutninger. Ved en gave med verdi på mer enn 100 kroner, bør samtykke innhentes fra den ansattes arbeidsgiver. Ved forskningssamarbeid skal dette på forhånd godkjennes av administrerende direktør i foretaket eller den ansvaret er delegert til og det skal foreligge skriftlige avtaler. All ekstern forskning skal i tillegg kanaliseres direkte til foretaket og ikke til den enkelte ansatte. Ved pasientinformasjon kan industrien inngå avtaler om pasientinformasjon gjennom støtte til brosjyrer, og støtte til utdanning og opplæring gjennom lærings- og mestringssentre. Dette krever samtykke fra foretaket på forhånd (Informasjonspakken, 2005).

## **Samarbeid med legestanden**

Avtalen mellom LMI og Den norske Lægeforening trådte i kraft 1. januar 2000. Samarbeidet mellom leger og farmasøytisk industri regnes som en viktig forutsetning for utvikling av nye og forbedring av eksisterende legemidler og behandlingstilbud. På grunn av det nødvendige, men omdiskuterte samarbeidet, bør det herske et ryddig og åpent forhold mellom partene. I følge avtaler er begge parter, samt befolkningen, tjent med et samarbeid som utvikles uten at det oppstår avhengighet. Det skal heller

ikke sås tvil om forholdet mellom leger og farmasøytisk industri. Utbyttet av dette samarbeidet er blant annet klinisk legemiddelutprøving, legemiddelutvikling, utveksling av erfaring, ideer til produktutvikling, informasjon som sikrer riktig bruk, informasjonsvirksomhet og forbedret pasientbehandling (Avtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Den norske lægeforening om retningslinjer for samarbeid og samhandling mellom leger, Legeforeningen og legemiddelindustrien, 2004).<sup>35</sup>

Ved informasjon og markedsføring ved møter, kongresser og lignende, skal ikke LMI kreves, eller yte, betaling for å informere - verken ved penger eller gaver. LMI kan heller ikke betale for legens tid. Sammenblanding av rent kommersielle interesser og faglig opplegg ved møter i regi av legestandens skal ikke forekomme og informasjon og markedsføring skal preges av nøkternhet. Arrangementer leger er invitert til er rettet kun mot leger. Ektefelle eller partner til invitert lege inviteres derfor ikke til arrangementet. Det forutsettes at leger heller ikke på eget initiativ tar med seg ektefelle eller partner (Avtale, 2004).

Informasjon som utveksles mellom partene skal være av høy faglig kvalitet, presenteres og mottas med aktsomhet og være i samsvar med etiske normer. Samarbeidet skal være åpent for innsyn og kontroll, og både LMI og Den norske Lægeforening plikter å tilstrebe at medlemmene etterlever retningslinjene, ved informasjon og orientering. Samarbeidet krever videre at leger og LMI er seg bevisst de integritetsproblemer som kan oppstå, og lar faglige, etiske og rettslige vurderinger være avgjørende for holdningen til ulike samarbeidsprosjekter og former for samhandling (Avtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Den norske lægeforening, 2004).<sup>36</sup>

Ved arrangementer i regi av legemiddelindustrien forutsettes det samsvar mellom kostnader dekket for deltagere og det faglige innhold. Ved reiser kan

---

<sup>35</sup> Heretter referert til som Avtale, 2004.

<sup>36</sup> Heretter referert til som Avtale, 2004.

---

legemiddelindustrien dekke utgifter tur og retur. Billetter ved reise dekket av legemiddelindustrien kan ikke bestilles eller endres slik at formålet med reisen endres. Ved utenlandsreiser skal arrangementet ha faglig nødvendig forankring til reisemålet. Legemiddelindustrien kan dekke hotellutgifter med alle måltider, men dette skal holde en rimelig og nøktern standard. Ikke-faglige aktiviteter skal verken direkte eller indirekte bekostes av legemiddelindustrien, men leger kan selv bekoste egne utenomfaglige aktiviteter i tilknytning til faglig arrangement. I invitasjon til arrangementer plikter inviterende firma å spesifisere hvilke forutsetninger og kostnader som gjelder i forbindelse med arrangementet. Arrangementer i regi av leger eller legeforeninger, men som sponses av legemiddelindustrien, følger samme regler som hvis legemiddelindustrien skulle invitert til arrangement (Avtale, 2004).

For nasjonale eller større arrangementer som retter seg mot en vesentlig del av målgruppen innen et medisinsk fagfelt, og som sponses av to eller flere legemiddelfirmaer, må partene oppfylle kravene om et faglig program. Legemiddelindustriens kjøp av reklameplass på slike arrangementer skal skje mot gjenytelse knyttet til arrangementets faglige del. Arrangøren av slike arrangement skal være selvstendig og faglig uavhengig LMI. Symposium og lignende arrangert av legemiddelindustrien, må derfor kun tillates i et omfang som ikke dominerer konferansen, og det må tydelig fremgå hvilke arrangementer som er i regi av industrien (Avtale, 2004).

Bidrag til forskning og utvikling, herunder klinisk utprøving, skal skje åpent og med tilgang til innsyn. Bidragene bør fortrinnsvis gis til et medisinsk miljø fremfor enkeltpersoner. Begge parter har ansvar for at internasjonale konvensjoner, så vel som lover og regler for kliniske utprøvinger, etterleves. Avtaler skal inngås skriftlig, uansett hvem som tar initiativ til utprøvingen. Før avtalen inngås skal begge parter vurdere om oppdraget er faglig relevant og betydningsfullt, med sikte på å fremme rasjonell farmakoterapi. Dette blir også en forutsetning for å vurdere om utprøvingen er etisk akseptabel. Legen bør videre sjekke om lignende utprøvinger

blir eller vil bli foretatt andre steder, for å unngå samme type forskning (Avtale, 2004).

Det må foreligge en klar spesifisering og avtale om alle utgifter som skal dekkes av industrien. I tilfeller der den kliniske utprøvingen får direkte konsekvenser for trygden, må utgiftsfordeling klargjøres i forståelse med Rikstrygdeverket. Ved kliniske utprøvinger gjelder de vanlige regler for representasjon og andre ytelser som betales av industrien (Avtale, 2004).

Når kliniske utprøvinger er initiert av industrien, dekker firma etter avtale ekstra utgifter som påløper i forbindelse med oppdraget. Utgifter til reiser, overnatting eller lignende, dekkes etter kostpris eller statens satser, men disse forhold må avtales spesielt. Ved klinisk forskningssamarbeid som ikke er oppdragsforskning, må også fordelingen av utgiftene avtales spesielt. Den del av forskningsoppdrag som utføres i legens vanlige arbeidstid skal ikke honoreres. Merarbeid og bruk av legens fritid i forbindelse med oppdragene, honoreres etter nærmere avtalte satser. Leger som påtar seg oppdrag, må selv vurdere om det oppstår habilitetsproblemer i forhold til andre oppdrag, arbeidsgivere og lignende. Dersom habilitetsproblemer vurderes å kunne oppstå, plikter legen selv å melde fra til aktuell arbeidsgiver eller instans. LMI skal også vurdere om oppdraget er uheldig i forhold til habilitet (Avtale, 2004).

Ved samarbeid mellom legemiddelindustri og spesialforeninger og legefora, kan legemiddelindustrien gi støtte til faglig foreningsaktivitet gjennom sekretariatsbistand til foreningens styrke. Slik bistand skal nedfelles i åpent tilgjengelige skriftlige avtaler, og det skal også finnes gjenytelse av for eksempel annonseplass eller mulighet for vedlegg av reklame og lignende. Det bør i størst mulig grad tilstrebes at to ulike legemidelfirmaer går sammen om å gi slik støtte. Dette for å unngå at et enkelt legemiddel ført av et firma, knyttes direkte opp til en pasientorganisasjon bestående av personer med en spesiell type lidelse (Avtale, 2004).

Håndhevelse av avtalene fungerer ved at et selvjustisorgan opprettes; Rådet for legemiddelinformasjon. Både samfunnets, legenes og industriens interesser ivaretas

best ved at organet også består av personer som ikke kan knyttes til noen av partene. Selvjustisorganets oppgave vil være å tolke regelverket og ta stilling til enkeltsaker. Organet vil arbeide på vegne av både Den norske lægeforening og LMI og kan bøtelegge bedrifter som ikke følger regelverket. Samfunnet har krav på, og skal få, orientering om brudd på regelverket. Avgjørelsene i selvjustisorganet vil derfor publiseres etter nærmere retningslinjer (Avtale, 2004).

En lignende avtale, som trådte i kraft 01. oktober 2006, finnes også mellom LMI og Norsk sykepleierforbund (NSF). Avtalen er helt lik som avtalen med legestanden, med ett unntak: NSF godkjenner nemlig etterutdanning i regi av legemiddelindustrien som godkjente timer. Kravet til denne etterutdanningen er imidlertid at utdanningen og kursene må være produsentnøytrale og at det faglige innholdet må være dokumentert (NSF inngår samarbeidsavtale med legemiddelindustrien, 2006).