

Helsekampen i Australia

Ernæringsmedisin kunne redde flere hundre millioner liv hvis ikke farmasøytisk industri, store deler av mediene og andre økonomisk mektige aktører hadde motarbeidet den. Kampen om medisinen pågår i hele verden, også i Norge, hvor sykehusene og flertallet av våre leger lever i symbiose med farmasøytisk industri og lapper på sykdommer i stedet for å forebygge. Mange sykdommer kunne vært unngått, dersom myndighetene hadde drevet et effektivt opplysningsarbeid om årsakene, begrenset helseskadelig virksomhet med effektive lover og latt ernæringsmedisin få prioritet i behandlinga. Australias 22,8 millioner innbyggere¹ står overfor de samme problemene som våre 5 millioner.

Tekst Ian Brighthope Oversatt og bearbeidet av Dag Viljen Poleszynski Foto

Helsepraksis i Australia fokuserer fortsatt på behandling av sykdom i stedet for å forebygge og å maksimere befolkningens helsetilstand.² Selv om den vitenskapelige litteraturen har gitt en økende bevissthet om betydningen av livsstilsfaktorer for å motvirke sykdom, læres fortsatt alle som ønsker en karriere innen ulike medisinske profesjoner, først å reagere når sykdom rammer, og deretter å behandle dem medikamentelt. Det medikamentelle paradigmet er kostbart, ikke bare regnet i penger, men også når det gjelder de menneskelige kostnadene i form av smerter, lidelser og redusert produktivitet og livskvalitet. Selv om medisinsk behandling kan redde liv, er den også iatrogen,³ det vi si at den fører til sykdom og dødsfall på grunn av feilbehandling og overforbruk av medikamenter.

Leder av Cochrane-senteret i Storbritannia Iain Chalmers har uttalt at "Det virker som om kritikere av komplementær medisin ofte preges av en dobbeltstandard hvor de langt mer iherdig forsøker å forby komplementær medisinsk praksis med manglende evaluering enn tilsvarende ortodoks praksis... En slik dobbeltstandard kunne vært akseptabel hvis ortodoks medisin utelukkende var basert på praksis som hadde vist seg å gjøre mer nytte enn skade og hvis de mekanismene som forklarte de nyttige elementene, var forstått". Dessverre er ingen av disse betingelsene oppfylt.⁴

Australias regjering har prioritert investeringer i forebygging av sykdom i form av en omfattende reform av nasjonens helsevesen til en pris av \$7,4 milliarder [ca. NOK 64,5 milliarder]. Imidlertid har forebygging lenge fått andreprioritet på de fleste medisinske fakultetene og i medisinsk praksis. En rekke sykdommer og dødsfall kunne vært unngått om myndighetene hadde ført en effektiv kamp mot tobakk og alkohol.⁵ Det er fortsatt et enormt hull i regjeringas helsepolitikk fordi den ikke oppmuntrer og støtter den medisinske profesjonen til å praktisere ernæringsmedisin.

Endrede holdninger

En håndbok i komplementær medisin fra 1989 uttalte at "Enkeltpersoner slutter å være tankeløse forbrukere av medikamenter og tjenester og blir mer kritiske og bevisste i sine valg. De tar også med seg de nye mulighetene til sine fastleger og bidrar til økt bevissthet blant leger om eksistensen av og potensialet til naturlige terapier".^{6,7}

Forskning innen ernæringsmedisin vokser med voldsom hastighet, og etter at menneskets genom er blitt sekvensert, er vitenskapen som støtter ernæringens rolle i å motvirke sykdom, mer imponerende enn noen gang tidligere. Mange allmennpraktikere og forskere er åpne for

bruken av diett og kosttilskudd som levedyktige alternativer til medikamenter. Imidlertid er de for få til å ha særlig innvirkning på offentlig helse. De kommer alltid til å møte motstand, til og med fiendtlighet fra ”jorda er flat”-fraksjonen innen ernæring – de som tror at ”dersom du spiser en balansert diett, kan du ikke mangle essensielle næringsstoffer” (tross overveldende holdepunkter for det motsatte⁸) – og maktmenneskene innen akademisk medisin. Imidlertid tror jeg at systemet før eller seinere vil endres i pakt med akkumulerte kunnskaper.

Prognosesenteret Deloitte Access Economics (DAE⁹) annonserte i 2012 at en utvidelse i bruken av komplementær/ortomolekylær medisin kunne gi utmerkede resultater for pasientene samtidig som flere hundre millioner dollar i året kunne spares på helseomsorg. De studerte kostnadseffektiviteten til ernæringsbehandling mot alminnelige, kroniske sykdommer og alvorlige tilstander. De vurderte akupunktur for kroniske ryggplager, prikkperikum¹⁰ (johannesurt) mot mild til moderat depresjon, fiskeoljer i forebygging av hjertesykdom og behandling av leddgikt.

Direktør Lynne Pezzullo ved DAE sa at analyser av hver behandling basert på ett tilfelle om gangen viste at pasienter kunne spare betydelige summer ved å bruke ernæringsmedisin. For prikkperikum anslo hun en besparelse på AU\$50 millioner [NOK 300 millioner] per år for de 340.000 australierne som behandles for mild til moderat depresjon med medikamenter som virker dårlig. Den potensielle besparelsen ved bruk av vitamin C, D, E og fiskeoljer ved hjertesykdom overskrider AU\$2 milliarder [NOK 12 milliarder].

Administrerende direktør for Nasjonalt institutt for komplementær medisin (NICM¹¹), som tok initiativ til studien, professor Alan Bensoussan, uttalte følgende: – Etter min mening bør regjeringer ... se nærmere på hvilke konsekvenser dette kunne ha innenfor rammen av en nasjonal helsereform”.^{12,13} Jeg er hjertens enig og har presset på for liknende reformer i mange år. Derfor håper jeg at dette markerer starten på en ny innsats for å endre vårt overbelastede helsevesen. Politikere og lovgivere er svært forsiktige med slike endringer av frykt for reaksjoner fra det medisinske og farmasøytiske etablissementet, som kan oppfatte konkurransen om helsemidler som en trussel. Men det gjenstår mer enn nok arbeid med å maksimere folks helse til å holde enhver lege, sykehus, naturmedisiner og ernæringsfysiolog opptatt i flere tiår – det vil si, med mindre det mirakelet skjer at megadoser av vitamin C og noen få andre vitaminer og mineraler blir tatt i allmenn bruk. Slike tilskudd kan motvirke utstrakte mangler som er ansvarlig for mange aldersrelaterte sykdommer.

”Velværemodellen” for helse forsøker å motvirke sykdom og bedre helsa med å oppmuntre folk med redskaper for helsefremmende ernæring og livsstil. Dette kan gi mulighet for maksimalt god helse, fysisk og psykisk, for hvert individ. Slike redskaper kan skape et optimalt miljø for at hvert individ kan realisere sitt fulle genetiske potensial. Nøkklene for å oppnå god helse inkluderer rikelig bruk av ernæring og kosttilskudd, regelmessig mosjon, å unngå miljøgifter og å utvikle en positiv livsholdning ved enkle teknikker som for eksempel meditasjon. Denne modellen for å fremme best mulig helse for alle er fremmed for de fleste tradisjonelle leger og mangler fullstendig i pensumet ved legestudiet og i medisinsk praksis.

Lobbyvirksomhet for sykdom

I denne debatten finnes mange lumske påvirkninger. En mektig lobbygruppe stiftet i 2011 og som kalles Venner av vitenskap i medisinen¹⁴ (FOSM), har aktivert seg for å advare den føderale regjeringa mot å støtte universiteter finansielt hvis de tilbyr kurs i temaer de anser å være ”uvitenskapelige”. Det er skammelig at FOSM ikke har medlemmer med utdanning i ortomolekylær medisin eller ernæringsvitenskap. ”Vennene” er ikke overraskende kritisk til

kosttilskudd og anser dem for å være både kostbare og bortkastet. Kan penger som brukes i sykehus på kosttilskudd bedre anvendes på å behandle syke med medikamenter? ”Vennene” insisterer faktisk på at universitetene bare bør undervise i det de definerer som ”korrekt” kunnskap – som legger vekt på behandling av sykdom, ikke å fremme helse. FOSM og det medisinske etablissementet ville være tjent med å informere seg om den enorme litteraturen om ernæringsmedisin og de kliniske erfaringene til vitenskapelig skolerte, ernæringsbevisste leger og ernæringsfysiologer.

Kosttilskudd i medisinsk og farmasøytisk praksis

De fleste reseptene på medikamenter unødvendig, anslagsvis 80 % i Australia.¹⁵ Lista er lang og inkluderer antibiotika, statiner, antidepressiva og mange andre. Til tross for dette kunne man optimalisere behandlingen med bedre utdanning, livsstils-, mosjon- og kostendringer kombinert med en målrettet bruk av kosttilskudd og urtemedisin. I 2009 utgjorde regjeringas refusjoner til farmasøytiske medikamenter (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS) hele 42 milliarder kroner,¹⁶ og beregninger anslår at beløpet vokste med hele 9,3 % i 2010.¹⁷ Etter min oppfatning kunne minst 18 milliarder kroner (\$3 milliarder) kuttes fra de totale PBS-utgiftene, og disse besparelsen kunne brukes for å fremme bedre ernæring, mosjon og sikre, effektive naturterapier. For eksempel kunne bruken av mer kostnadseffektiv niacin eller perikum frigjøre midler som psykiatere kunne bruke til skikkelig rådgivning og ortomolekylære terapeuter til å ernære sinnet. Alt i alt ville dette føre til bedre kunnskaper, mer støtte til passende forskning og økonomisk gevinst for verdens befolkning.

”Det brukes en sint, nedlatende tone i ledende lærebøker i medisin når det gjelder diskusjonen om tilskudd av mikronæringsstoffer; en arroganse og uvitenhet når det gjelder holdepunkter for mulig nytt av å gi tilskudd”.¹⁸

Leger og farmasøyter spiller en viktig rolle i å informere forbrukere om sikkerheten, effektiviteten og riktig bruk av kosttilskudd. En nyere australsk studie vurderte bruken av både kosttilskudd og reseptpliktige medikamenter til apotek kunder. 72 % hadde brukt kosttilskudd de siste 12 månedene, 61 % brukte reseptpliktige medikamenter daglig, og 43 % hadde brukt begge deler.¹⁹ De mest populære kosttilskuddene var multivitaminer, fiskeoljer, vitamin C, glukosamin, vitamin B-kompleks, probiotika, rød solhatt, koenzym Q₁₀, gingko biloba og perikum.

Forfatterne av studien forklarte at kundene eller pasientene ønsker seg mer informasjon, stiller flere spørsmål og ikke lenger blindt godtar helsepersonells autoritet. Denne nye klassen kunder skiller seg drastisk fra det de største mediene kaller ”godtroende forbrukere av kosttilskudd”. Ifølge denne studien valgte de fleste sine kosttilskudd selv, selv om farmasøyter og reseptarer hjelp dem i prosessen. Det er etterspørselen til et informert publikum pluss behovet for profitt som har fått farmasøytisk industri til å selge kosttilskudd. Studien understreket også at noen kunder føler at farmasøyter er dårlig rustet til å gi dem råd om kosttilskudd. Mange regner ikke en gang farmasøyter som informasjonskilde. Sistnevnte følte også at de hadde for lite greie på kosttilskudd og opplevde frustrasjon når de håndterte spørsmål om kosttilskudd og andre naturprodukter.

”Vi må reagere på fakta og de mest nøyaktige fortolkningene ved hjelp av et best mulig vitenskapelig grunnlag. Det betyr ikke at vi kan vente til vi er 100 % sikre på alt mulig. Så lenge folks helsetilstand står på spill, må vi være forberedt på å handle for å redusere disse risikoene også når vitenskapelig kunnskap ikke er entydig.”²⁰

Uskikken til å praktisere

I Australia finnes ikke et eneste medisinsk lærested som tilbyr nok ernæringsvitenskap til å sikre at framtidige leger er kvalifiserte til å praktisere forsvarlig. Dette gjelder så vel allmennpraktikere som spesialister. De fleste av legens pasienter kommer til å dø av en ernæringsbasert sykdom, men likevel vil pasientene komme til å mangle en slik diagnose mange år før de dør. Heldigvis finnes i Australia høyt kvalifiserte, ernæringsbevisste, helsevitenskapelig skolerte utøvere av naturlige terapier som kan hjelpe å korrigere disse manglende.

Medisinen står på to bein – vitenskapen og den kliniske kunsten. Ta bort ett av dem, og den kommer ingen vei. Vitenskap alene virker ikke fordi folk ikke er maskiner; vi har alle ulike behov og forskjellige fortrinn, men medisinsk forskning finner det enklest å behandle alle likt. Har du leddgikt? Ta noe smertestillende. Men slike medikamenter kan ødelegge leddene, og når det gjelder det mest vanlige, paracetamol, forårsaker skader på flere indre organer. Enkle tiltak som å endre kostholdet, regelmessig mosjon, vitaminer, glukosamin og gurkemeie har blant andre alternativer vist seg å være sikre og effektive.

En konstant søken etter god vitenskap inkluderer også å gi råd om kliniske ferdigheter. I virkeligheten gir ernæringsbiokjemien svaret på de fleste av våre helseproblemer, men grupper som FOSM søker aktivt å sensurere vår kjennskap til slike muligheter.

Landbruksforsker, lege og kirurg

Ian Brighthope ble født i Melbourne, Australia, i 1946. Han studerte landbruksvitenskap (fra 1965), medisin (fra 1969) ved Universitetet i New South Wales, og etter bachelorgrader i medisin og kirurgi (1974) startet han et tverrfaglig legesenter. Han var (til 2007) direktør for Austral-asiatisk høgskole for ernærings- og miljømedisin (ACNEM), en veldedig institusjon stiftet på 1980-tallet for å videreutdanne leger (www.acnem.org/modules/mastop_publish/). Som initiativtaker til Høgskolen for integrert medisin ved Swinburne universitet i 1996 ble han utnevnt til professor. Han er særlig interessert i hjertesykdommer, psykiatriske lidelser, kronisk tretthetssyndrom, leddgikt, astma, overfølsomhet overfor matvarer og kjemiske stoffer, diabetes og kreft. Han er også medlem av redaksjonskomiteen i Orthomolecular Medicine News. Brighthope har publisert fem bøker og en rekke fagartikler og oversikter.

*****egen ramme*****

Redaksjonsrådet i OMNS:

Ian Brighthope, lege (Australia)

Ralph K. Campbell, lege (USA) ^{L}_{SEP}

Carolyn Dean, lege/nat. lege (Canada) ^{L}_{SEP}

Damien Downing, lege (Storbritannia)

Dean Elledge, tannlege, MS (USA) ^{L}_{SEP}

Michael Ellis, lege (Australia) ^{L}_{SEP}

Martin P. Gallagher, lege/kiropraktor (USA) ^{L}_{SEP}

Michael Gonzalez, dr.scient. (Puerto Rico) ^{L}_{SEP}

William B. Grant, PhD (USA) ^{L}_{SEP}

Steve Hickey, PhD (Storbritannia) ^{L}_{SEP}

James A. Jackson, PhD (USA) ^{L}_{SEP}

Michael Janson, lege (USA) ^{L}_{SEP}

Robert E. Jenkins, kiropraktor (USA) ^{L}_{SEP}

Bo H. Jonsson, dr.med. (Sverige) ^{L}_{SEP}

Thomas Levy, lege, jurist (USA)
Stuart Lindsey, farmasøyt (USA)^[L]_[SEP]
Jorge R. Miranda-Massari, dr.pharm. (Puerto Rico)
Karin Munsterhjelm-Ahumada, lege (Finland)^[L]_[SEP]
Erik Paterson, lege (Canada)
W. Todd Penberthy, PhD (USA)^[L]_[SEP]
Gert E. Schuitemaker, PhD (Nederland)^[L]_[SEP]
Robert G. Smith, cand.pharm., PhD (USA)^[L]_[SEP]
Jagan Nathan Vamanan, lege (India)

Kilder:

¹ <http://en.wikipedia.org/wiki/Australia>

² Brighthope I. The forces against health in Australia. 25. juni 2011:
<http://orthomolecular.org/resources/omns/v08n23.shtml>.

³ Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. Harmondsworth, UK:
Pelican Books, 1977.

⁴ Bower H. Double standards exist in judging traditional and alternative medicine. British Medical
Journal 1998; 316: 1694.3 doi:10.1136/bmj.316.7146.1694b

⁵ A national health and hospitals network for Australia's future? Delivering the reforms.
<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/DeliveringTheReforms>.
<http://www.abc.net.au/am/content/2010/s3009673.htm>.

⁶ Fulder S. The handbook of complementary medicine. Coronet Books 1989;

⁷ Di Stefano V. Holism and complementary medicine. Origins and principles. Sydney, AU: Allen &
Unwin, 2006.

⁸ Davies S. Nutritional flat-earthers, Journal of Nutritional & Environmental Medicine 1990; 1 (3):
167-70. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13590849009003154>

⁹ <http://www.deloitteaccesseconomics.com.au>.

¹⁰ Bloomfield HH, Nordfors M, McWilliams P. Perikum. Et naturlig middel mot angst og depresjon.
Oslo: Ex Libris Forlag as, 1996.

¹¹ <http://www.nicm.edu.au>

¹² Economic report finds complementary medicine could ease health budget. 2010; 13. september:
<http://www.sfihealth.com/news-releases/16-economic-report-finds-complementary-medicine-could-ease-health-budget>; <http://www.nicm.edu.au/content/view/161/245/>

¹³ Hall A. Call for Nutritional medicine rethink (2010):

<http://www.abc.net.au/am/content/2010/s3009673.htm>.

¹⁴ Friends of Science in Medicine, <http://www.scienceinmedicine.org.au>.

¹⁵ Personlig meddelelse fra dr.med. Avni Sali, tidligere sjef for Universitetet i Melbournes Avdeling
for kirurgi ved Heidelberg sykehus, nå direktør for Nasjonalt institutt for integrert medisin (NIIM),
Melbourne; <http://www.niim.com.au/niimadvisoryboard>.

¹⁶ Australian Bureau of Statistics. 1301.0, Year Book Australia, 2009-10, Health care delivery and
financing. <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/1301.0Chapter11102009-10>

¹⁷ The Senate Proof, National Health Amendment (Pharmaceutical Benefits Scheme) Bill 2010.

¹⁸ Goodwin JS, Tangum MR. Battling quackery: attitudes about micronutrient supplements in
American academic medicine. Archives of Internal Medicine 1998; 158 (20): 2187-91.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=goodwin%20js%20and%20tangum%20mr>.

¹⁹ Braun LA, Tiralongo E, Wilkinson JM mfl. Perceptions, use and attitudes of pharmacy customers
on complementary medicines and pharmacy practice. BMC Complementary & Alternative Medicine
2010; 10 (1): 38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20646290>.

²⁰ Horton R. The new public health of risk and radical engagement. Lancet 1998; 352 (9124): 251-2.
<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673605602541.pdf>.