

siden særlig trekke frem den slitasje som vaktbelastningen medfører på legens kropp og helse etter noen år. Som primærlege må man f.eks. gå primærvakt helt til man er 55–60 år gammel. Da har man gjerne gått i primærvakt i 30–35 år, hvilket er altfor lenge. Også dette er det viktig for Lehmann og andre dyktige ungdommer å ta hensyn til ved valg av yrke. Det er ikke for ingenting at legene er den eneste yrkesgruppen med en egen avdeling ved Modum Bads Nervesanatorium!

Autonomi og arbeidsforhold er andre faktorer av betydning for ens yrkesvalg. I dag taler heller ikke disse forhold for å velge legeyrket.

Min konklusjon er at dagens dyktige ungdommer må velge en utdanning som gir arbeid i privat sektor, altså i næringslivet. Siviløkonomutdanningen ved NHH eller sivilingeniørutdanningen ved NTNU er da utmerkede valg. Etter endt utdanning vil man da få gode lønns- og arbeidsvilkår og gode arbeidsforhold. Man slipper å arbeide om natten og på 17. mai osv. Man vil også hvert år få gode, prosentvise lønnstillegg. Slik er det ikke i legeyrket.

Granvin

Gunnar Hetland

Kostnadseffektiv legemiddelbruk – hva kan Statens legemiddelverk gjøre?

I et korrespondanseinnlegg i Tidsskriftet nr. 17/2001 spør Eivind Meland & Peter Wapler om hvilket ansvar legemiddelmyndighetene har for kostnadseffektiv legemiddelbruk (1).

Statens legemiddelverk skal fremme god legemiddelbruk: effekt-, bivirknings- og kostnadsmessig. Godkjenning av nye legemidler, legemiddelinformasjon, prisfastsettelse og opptak i blåreseptordningen er sentrale virkemidler.

To artikler i Tidsskriftet om hypertensjonsbehandling (2, 3) påviser at det ikke er forskjell i effekt mellom ulike antihypertensive legemidler. Legemiddelverket ønsker at rimelige og veldokumenterte tiazider skal være tilgjengelige som monoterapi og ikke bare kombinert med ACE-hemmere og AT1-blokkere. Vi synes det er uheldig at hydroklortiazid – i form av Dichlotride – for tiden ikke er på markedet i Norge. Legemiddelverket kan imidlertid ikke kreve at legemidler skal markedsføres eller forbli på markedet i Norge. Legemiddelfirmaene avgjør hvilke legemidler de vil markedsføre.

Det spørres også om mekanismene bak økende forskrivning av nye og dyrere legemidler. Vår anbefaling om behandling av hyperlipidemi fra 1995 (4) og manglende utredning av økonomiske konsekvenser trekkes frem. Den gangen var legemiddeløkonomiske betraktninger ofte ikke med i slike an-

befalinger. Senere har vi gjort det til regel at legemiddeløkonomisk ekspertise blir involvert. Av og til er imidlertid den økonomiske dokumentasjon ikke så omfattende at den bør ha innflytelse på terapivalget. Legemiddeløkonomi er et fag i utvikling som vi legger stadig større vekt på.

Økt salg av legemidler mot depresjon skyldes både pasienter, leger og legemiddelindustri. Da selektive serotoninreopptakshemmere ble lansert for knappe ti år siden, var det enighet om at depresjoner var underbehandlet. Legemiddelverket ser gjerne at det kommer alternative antidepressiver på markedet, men kan ikke kreve dette.

Alle legemidler må tilfredsstillende de samme krav til effekt, sikkerhet og kvalitet. Dispensasjoner av økonomiske hensyn gis ikke.

Legene har selv ansvar for rasjonell legemiddelforskrivning: bruk av rimeligere alternativer og generiske legemidler samt kritisk vurdering av behandlingsindikasjoner. Målbevisst holdning vil redusere utgiftsveksten. Legene bør være pådrivere overfor legemiddelfirmaene for å sikre tilgang til rimelige og gode legemidler.

Legemiddelverket ønsker å komme hurtigere på banen når nye legemidler blir markedsført. Nøktern informasjon om virkninger og bivirkninger samt kostnader gir et bedre grunnlag for legemiddelvalg. Det har vært diskutert om myndighetene bør kunne påvirke legemiddelutvalget i Norge. Dette aktualiseres når et effektivt og billig legemiddel ikke lenger er tilgjengelig. I dag har myndighetene ingen slike virkemidler.

Oslo

Gro Ramsten Wesenberg

Steinar Madsen

Statens legemiddelverk

Litteratur

1. Meland E, Wapler P. Statens legemiddelverk og ansvaret for kostnadseffektiv legemiddelbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2094.
2. Landmark K. Er de nye antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 701–5.
3. Kjeldsen S, Syvertsen JO, Lund-Johansen P, Hildebrandt P, Hansson L. Sammenlikning forebyggende effekt av «nye» og «gamle» blodtrykksmedisiner. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1374–6.
4. Madsen S, red. Terapianbefalinger: Behandling av hyperlipidemi. Nytt fra Statens legemiddelkontroll 1995; 14, nr. 8: 2–23.

E. Meland & P. Wapler svarer:

Vi takker Gro Ramsten Wesenberg & Steinar Madsen i Statens legemiddelverk for svaret på vårt innlegg. Av svaret fremgår det at legemiddelmyndighetene mangler virkemidler – de kan verken hindre at veldokumenterte og kostnadseffektive legemidler fjernes fra markedet eller pålegge industrien å introdusere slike legemidler hvis de ikke er tilgjengelige i Norge. På grunn av et mangelfullt regelverk er helsemyndighetene

handlingslammet når MSD velger å utvikle markedsføringen av hydroklortiazid (Dichlotride). Det er sterkt å beklage. Saken har fått omtale blant annet i Aftenposten 19.7.2000 (www.aftenposten.no/nyheter/iriks/d222999.htm), og så vel Hans Petter Aarseth i Legeforeningen som Lars Erik Flatø i Helse- og sosialdepartementet etterlyser maktmidler som garanterer norske pasienter mulighet til behandling med veldokumenterte legemidler.

Vi vil anbefale Statens legemiddelverk å klargjøre overfor MSD hvorfor legemiddelmyndighetene ikke aksepterer den markedsføringsatferd firmaet her demonstrerer. Firmaet hevder at leverandøren har problemer med å skaffe midlet til veie, men innrømmer samtidig at de ikke anstrenger seg for å få re-etablert det på det norske marked. Vi vil også anbefale Statens legemiddelverk å innlede dialog med departement og politiske myndigheter med sikte på endringer i lov og regelverk som kan sette myndighetene i stand til å stille betingelser for firmaer som ønsker å være aktører på det norske marked. Slike betingelser må omfatte adgang fra myndighetenes side til å få opprettholdt eller nyetablert legemiddelbehandling som er veldokumentert og kostnadseffektiv. Vi vil også anbefale Den norske lægeforening å engasjere seg overfor politiske myndigheter for å få dette til.

Bergen/Haugesund

Eivind Meland

Peter Wapler

rettelse

Promotor – fra doktorgrad til TATA-boks

Erlend Hem, Raida Ødegaard

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1843

I ovennevnte innlegg i Tidsskriftet nr. 15/2001, skal siste del av referanse nr. 11 lyde: Oslo: Gyldendal Akademisk, 1998: 28–9.

Video – bekkenbunnstrening

Trygve Talseth

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1944

Undertittelen på videofilmen *Stopp lekksjen* av Kjersti Hatlebrekke omtalt i Tidsskriftet nr. 16/2001 skal være: Et profesjonelt treningsprogram for kvinner med svekket bekkenbunn og anstrengelseslekkasje.