



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Troverdighet om HIV/AIDS

To tredeler av verdens HIV/AIDS-syke, ca. 25 millioner mennesker, bor i Afrika sør for Sahara. I denne regionen finner man flere av verdens fattigste land. Landene har få ressurser til alene å bekjempe sykdommen, som tar livet av hele generasjoner av befolkningen. Det internasjonale samfunnet, inkludert de rike landene, frivillige organisasjoner, private aktører og FN-systemet, må trå støttende til i en skala som langt overgår tidligere innsats.

Kurt Hanevik i Leger Uten Grenser er i et innlegg i Tidsskriftet nr. 6/2005 (1) kritisk til Pfizer, som i et bilag til Aftenposten blant annet påpekte at mangelen på helsepersonell er en av de viktigste årsakene til at medisiner mot HIV/AIDS ikke når frem til dem som trenger dem mest. Vi viste også til at Pfizer og andre legemiddelfirmaer gir bort medisiner gratis eller gir store rabatter til de fattigste landene. Hanevik mener dette representerer et feilaktig bilde av virkeligheten, at det ikke er troverdig, og fastholder at prisene på patenterte medisiner er det største hinderet for at de fattigste landene skal få tilgang til nødvendige medisiner (1).

Mer enn 90 % av alle medisiner på Verdens helseorganisasjons liste over nødvendige medisiner ikke er patenterte. Mange mennesker blir alvorlig syke og dør selv av sykdommer som enkelt kunne blitt behandlet med disse medisinene. I HIV/AIDS-perspektiv er det ikke vanskelig å erkjenne at legemiddelindustrien kom sent på banen, men nå er den der. Medisinene – også de patenterte – finnes. Men situasjonen er nå at mens fondene får mer penger og medisinprisene er gått ned, sitter man med penger og medisiner man ikke får brukt fordi man mangler helsearbeidere (2, 3).

I fjor sommer fikk 440 000 HIV/AIDS-syke i Afrika behandling. Ved siste årsskifte var tallet kommet opp i 700 000. Verdenssamfunnet har tatt mål av seg å få 3 millioner under behandling innen 2005. Dette er en tøff utfordring med 0,8 helsearbeidere per 1 000 innbyggere i Afrika (til sammenlikning har Europa 10,3 per 1 000 innbyggere) og 20 % av helsearbeiderne dør av HIV/AIDS. Betydningen av å utdanne og beholde helsepersonellet i utviklingslandene får økende oppmerksomhet i det internasjonale bistandsmiljøet og i Verdens helseorganisasjon. Neste World Health Report, som kommer om et år, vil høyst

sannsynlig vie betydelig oppmerksomhet til det som kalles «Human Resources for Health». Pfizer ønsker å bidra til dette arbeidet i tillegg til våre medisindonasjonsprogrammer.

HIV/AIDS-katastrofen i det sørlige Afrika har dimensjoner som gjør at ingen kan gjøre alt alene. Alle parter må søke samarbeid. Pfizer er ikke og kan aldri bli en bistandsorganisasjon, men kan likevel bidra mye i et samarbeid med offentlige myndigheter, private aktører og frivillige organisasjoner.

Hans Petter Strifeldt
Pfizer AS

Litteratur

1. Hanevik K. Tapt troverdighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 783.
2. Johnson HF. Kampen om helsearbeidere. Verdens Gang 26.2. 2005.
3. Gullikstad Å. Hjelperne forsvinner. Intervju med Sigrun Møgedal. Dagsavisen 24.2. 2005.

K. Hanevik svarer:

Vi noterer oss at Pfizer verken beklager eller begrunner sin uriktige påstand om at «Pfizer og mange andre selskaper gir bort legemidlene som trengs i behandling av hiv/aids-rammede i utviklingsland» i Kirkens Nødhjelps annonsebilag. I stedet vises det til trist statistikk om mangel på helsepersonell og AIDS-epidemiens katastrofale omfang. Pfizer forsøker å tone ned den viktige rollen prisen på medikamenter spiller for tilgjengeligheten i fattige land.

I likhet med nasjonale helseprogrammer har også Leger Uten Grenser problemer med å skaffe kvalifiserte lokale medarbeidere i mange utviklingsland. Dyrke laboratorietester, kompliserte eller manglende bestillingsrutiner for rabatterte medikamenter, usikker medisinkvalitet, svak infrastruktur og dårlig organisering av helse-systemer gjør arbeidet vanskelig. Det er likevel et faktum at før prisen på antiretrovirale midler falt, var AIDS-behandling helt uopnåelig i mange land. Flere av medikamentene er nå tilgjengelige til en anstendig pris, og det har synliggjort mange andre alvorlige problemer. Vi er enig i at det vil kreve en enorm innsats og ta tid før antiretroviral behandling er tilgjengelig for alle som behøver det.

Leger Uten Grenser er ikke imot patenter på medikamenter. Vi har imidlertid stilt kritiske spørsmål til hvorvidt patentordningen fremmer innovasjon av nye legemidler mot sykdommer som i første rekke rammer fat-

tige mennesker. Patentreglene har da heller ikke stimulert til samarbeid blant de forskningsbaserte legemiddelselskapene for produksjon av rimelige antiretrovirale kombinasjonspreparater – snarere tvert imot. Det er kopiproducentene, blant annet i India, vi har å takke for at det i dag finnes kombinasjonspreparater som forenkler behandlingen og reduserer risikoen for resistensutvikling.

Pfizer oppfordrer til samarbeid. Det er bra. Dersom viljen er reell, kan Pfizer og annen forskningsbasert legemiddelindustri gi et viktig bidrag ved å samarbeide om produksjon av kvalitetssikrede, effektive antiretrovirale kombinasjonspreparater til kostpris for bruk i utviklingsland. Der er et stort behov for kombinasjoner av nye, trygge førstelinjemedikamenter. I løpet av få år vil vi også se et skrikende behov for annenlinjemedikamenter. Pfizer og vestlig legemiddelindustri kunne på denne måten lette behandlingen av hundretusener døende mennesker og vise i handling hvor de står i kampen mot AIDS-epidemien.

Kurt Hanevik
Leger Uten Grenser

Hjertesukk fra en kliniker

Dagens medisinske hverdag er blitt gjennomsyret av evidensbasert medisin med relativ risiko (RR) som målestokken på effekt, forekomst av bivirkninger og det som til en hver tid defineres som «god medisinsk behandling». Med den pågående heksejakten på COX-II-hemmerne blir man på ny minnet om dette. Nok en gang mister kliniker en effektiv og godt tolerert behandling pga. statistisk signifikant økning av en eller annen form for «alvorlig» bivirkning, denne gang hjerteinfarkt og slag. Denne gangen er det COX-II-hemmerne som blir brent på bålet, men for noen år siden var det «den nye p-pillen» Yasmin som var den stygge ulven, og noen år før det Marvelon. To gode, godt tolererte, effektive p-piller som fremdeles den dag i dag står på observasjonslisten til Norsk legemiddelverk. Alle som har fulgt med i medisinen siste ti år husker vel «Marvelon-saken». Resultatet den gang var at kvinnene som brukte Marvelon, kastet tablettene i do, og de som brukte andre p-piller fikk økt sin hormonfrykt og sluttet med p-pillen. Resultat ble at antall uønskede svangerskap og provoserte svangerskapsavbrudd steg.

Undertegnede savner nykterhet i vurderingen av forskningsresultater og statistisk signifikante relativ risiko-enderinger. Vi må ikke kaste alle nye effektive medisiner på båten fordi de har bivirkninger.

Jeg synes man bør innføre et nytt begrep i forskningens verden, nemlig Number Needed To Not Treat (NNTNT). Hvor mange pasienter med invalidiserende revmatoid artritt må man unnlate å behandle for at en av dem skal unngå hjerteinfarkt eller slag? Hvor mange kvinner med prevensjonsbehov må man unnlate å gi Marvelon eller Yasmin for at en av dem skal unngå å få tromboembolisk komplikasjon i form av dyp venetrombose eller lungeemboli?

Til dem som argumenterer med at det finnes eldre og «tryggere» preparatalternativer som kan brukes i stedet: Man vet ikke om de eldre preparatene er tryggere, fordi de aldri er blitt undersøkt like grundig og aldri kommer til å bli undersøkt like grundig. Dette skyldes at den farmasøytiske industri ikke tjener penger på gamle medisiner, og at vi ikke kan ta ifra pasienter medisiner de har stått på i tiår selv om de har statistisk signifikant økt risiko for alvorlige bivirkninger.

Stig Hill

Sørlandet Sykehus

Statlig styring av bivirkningsinformasjon

I løpet av neste tiårsperiode vil legemiddelindustrien bare i Norge omsette legemidler for et hundretall milliarder kroner og bruke et titall milliarder kroner på markedsføring. Avisen *Los Angeles Times* stilte nylig på lederplass et betimelig spørsmål: «Når så mye står på spill, hvilke statlige vaktbikkjer er det som beskytter forbrukerne? Uheldigvis, de er mer chihuahuaer enn rottweilere» (1). Den amerikanske legemiddelkontrollen FDA er tildelt kun 33,4 millioner dollar for budsjettåret 2006 til å overvåke sikkerheten for de legemidler som allerede er på markedet, en almisse ved siden av de 12,4 milliarder dollar som brukes i forvaltningens krig mot illegale substanser.

To senatorer, republikaneren Charles Grassley og demokraten Christopher Dodd, har foreslått å opprette et eget senter for evaluering og gransking av legemidler etter at de er kommet på markedet, og som kan kreve at det utføres nye kliniske forsøk eller

å trekke legemidler fra markedet. Dodd og Grassley hevder at den nåværende organisering av FDA skaper interessekonflikter, fordi kontrollorganet som godkjenner et nytt legemiddel, også har ansvaret for sikkerhetsovervåking straks det er kommet på markedet, og dermed må vurdere hvorvidt de selv har begått feil i den innledende gransking av legemiddelforsøkene. De statlige kontrollorganer er ikke bare sterkt underfinansiert, men de mangler også myndighet til å kreve at leger og sykehus rapporterer «uheldige hendelser».

Norske leger påvirkes i stor grad av den reklamepregede informasjon som de mottar fra omtrent 800 registrerte legemiddelkon-sulenter (personlig meddelelse fra Legemiddelindustrien 24.5. 2005) (2). Undersøkelser viser at omtrent halvdel av de mennesker som f.eks. får forskrevet et av de såkalt nyere antidepressiver, egentlig ikke har noen form for depresjonssykdom (3). Dersom myndighetene ønsker at publikum skal kunne motta habil bivirkningsinformasjon, må godkjenning og overvåking av legemidler legges til to separate enheter, slik at dette risikomomentet elimineres.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet koster unødvendige legemiddelrelaterte skadevirkninger samfunnet flere milliarder kroner årlig (4). Hvorfor investeres det ikke da i økt pasientsikkerhet som ifølge undersøkelser skal kunne mer enn halvere risikoen for alvorlige bivirkninger (5, 6)?

Svein Reseland

Hosle

Litteratur

1. Letting the dogs out. *Los Angeles Times*. 26.4. 2005.
2. Hollon MF. Direct-to-consumer advertising: a hazardous approach to health promotion. *JAMA* 2005; 293: 2030–3.
3. Reseland S. Selektive serotoninreopptakshemmere – skade ikke dokumentert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 731.
4. Feiring E. Lover legene uavhengig informasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 863.
5. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 1997; 54: 554–8.
6. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999; 282: 267–70.

■ RETTELSE

Pseudoaneurisme ved miltskader

Anders M. Hager, Nils-Einar Kløw, Christine Gaarder, Pål Aksel Næss, Jean Baptist Dormagen

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1337

I ovennevnte artikkel i nr. 10/05 tabell 1 er < og > forbyttet. Riktig oppsett skal være:

Tabell 1 Skadegradering. Karskade i form av pseudoaneurisme, AV-fistel eller pågående blødning må beskrives særskilt. Ved flere skader oppgraderes inntil grad III

Grad	Funn	Størrelse
I	Hematom, subkapsulært Laserasjon	< 10 % av overflaten < 1 cm parenkymdybde
II	Hematom, subkapsulært Hematom, intraparenkymalt Laserasjon	10–50 % av overflaten < 5 cm i diameter 1–3 cm parenkymdybde
III	Hematom, subkapsulært Hematom, intraparenkymalt Laserasjon	> 50 % av overflaten > 5 cm i diameter > 3 cm parenkymdybde
IV	Laserasjon	> 25 % devaskularisering
V	Laserasjon	Total devaskularisering