

Det er interessant at slike neuroablative prosedyrer igjen er aktuell behandling ved kreftsmertner. Slike inngrep, som tidligere var det eneste tilbudet vi kunne gi pasienter med kroniske smerter, ble erstattet nesten fullstendig av andre prosedyrer, som ikke innebar irreversible lesjoner i nervesystemet, som for eksempel nevrostimulering via implanterte elektroder eller epidurale katetre.

Med et lite forbehold skriver forfatterne: «Så vidt vi vet, er dette første gang perkutan cervikal kordotomi er utført i Norge» (1). Dette forbeholdet var nok klokt. Denne behandlingen var et rutinetilbud for smertepasienter i norske nevrokirurgiske avdelinger i 1970- og 1980-årene, i alle fall ved Rikshospitalet og Haukeland Universitetssjukehus, utført nøyaktig som bekrevet i Bell & Liems artikkel.

Knut Wester

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Bell RF, Liem L. Perkutan cervikal kordotomi ved intractable kreftsmertner. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2650–1.

Nye blodtrykksmedisiner best?

ASCOT-BPLA-studien, som nylig er publisert i *The Lancet* (1) og omtalt i Tidsskriftet nr. 20/2005 (2), skulle bevise at nye blodtrykksmedisiner er bedre enn gamle. Er de det? I ASCOT-BPLA-studien ble to behandlingsregimer sammenliknet, det ene kalsiumkanalblokkeren amlodipin med tillegg av ACE-hemmeren perindopril ved behov, det andre betablokkeren atenolol med tillegg av tiazidet bendroflumetiazid med kaliumklorid ved behov (1). Studien sier ingenting om de enkelte medikamenter.

Vi visste fra før at betablokkere generelt (og atenolol spesielt) ikke beskytter hypertenikere så godt mot hjerneslag, hjerteinfarkt og koronar hjertesykdom, slik Messerli og medarbeidere tok opp allerede i 1998 (3). Senere er det blitt gjort studier (4) og metaanalyser (5, 6) som har bekreftet dette. I den seneste metaanalysen, som inkluderte ASCOT-BPLA-studien, konkluderte Lindholm og medarbeidere (6): «Sammenlignet med andre antihypertensiva har betablokkere en suboptimal effekt med en forhøyet risiko for slag. Vi mener at betablokkere ikke bør brukes som førstevalg ved essensiell hypertensjon, og bør ikke brukes som referansemiddel ved intervensjonsstudier». Forfatterne av ASCOT-BPLA-studien er selv klar over at valget av atenolol som referansemiddel kan ha vært uheldig (1). Sagt med rene ord: I ASCOT-studien ble et regime med to effektive blodtrykksmedikamenter (amlodipin og perindopril) sammenliknet med et regime med et lite egnet middel (atenolol) og et effektivt middel (bendroflumetiazid).

I Norge er det vedtatt at monoterapi med tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kalium eller kaliumsparende middel er førstevalg ved ukomplisert hypertensjon. Det er delte meninger om dette vedtaket, selv om uenigheten i mange tilfeller synes å være av semantisk karakter. Å forenkle ASCOT-studiens konklusjon til en en banal påstand om at nye blodtrykksmedisiner er bedre enn gamle, virker på meg som et retorisk knep for å undergrave tiazidens plass i hypertensjonsbehandlingen. Retorikken forsterkes ved å omtale mer enn 20 år gamle preparater som amlodipin og perindopril som nye medisiner.

Interessekonflikt: LEO Pharma produserer og markedsfører Centyl (bendroflumetiazid) og Centyl med kaliumklorid.

Thomas Rostad

LEO Pharma AS

Litteratur

1. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 895–906.
2. Ørstavik R. Nye blodtrykksmedisiner best. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2745.
3. Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U et al. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? *JAMA* 1998; 279: 1903–7.
4. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 995–1003.
5. Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet* 2004; 43: 1684–9.
6. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet*; e-publiseret 18.10.2005.

Uttidig reklamekampanje fra Bayer

Den siste tiden har en svært aktiv reklamekampanje pågått i regi av Bayer AS, produsenten av medikamentet Levitra (vardenafil) mot erektil dysfunksjon. Under foregivende av (bare) å ville pasientenes beste, gjør Bayer legene til sine fotsoldater for å få Levitra inn på markedet. Vi urologer har fått stadige henvendelser med spørsmål om vi «ikke ønsker flere tilbakebetalingskort», som vi så skal gi våre pasienter i hånden – sammen med en Levitra-resept. Produsenten har nemlig lovet pasientene pengene (for en firepakning med tableter) tilbake dersom medikamentet ikke virker, dvs. ikke gir ereksjon.

Det får være greit at Bayer lover pengene tilbake dersom Levitra ikke virker. For min del må de endelig ta i bruk et slikt PR-fremstøt. Verre er det at Bayer vil ha oss leger som mellommenn overfor pasientene. At legene skal gi pasienten tilbakebetalings-

kort sammen med resept, gjentas i Levitra-reklamen i siste nummer av Tidsskriftet. Personlig har jeg nettopp mottatt nok en bunke tilbakebetalingskort i posten uten å ha bedt om det. Bayer har også sendt ut kopi av en artikkel i BMJ som skal «bevise» riktigheten av deres fremgangsmåte (1).

De fleste av mine kolleger reagerte (heldigvis) negativt på kampanjens form da vi nylig hadde et møte med representant fra Bayer. Denne stilte seg imidlertid helt uforstående til våre innvendinger. Jeg har ikke registrert motbør fra Legeforeningen sentralt. Mitt spørsmål til Legeforeningen er dette: Pårgår det noen diskusjon internt i foreningen om prinsippene for denne type kampanjer?

Bayer HealthCare har nå avbrutt sin tilbakebetalingsordning for Levitra etter vurdering og uttalelse fra Statens legemiddelverk. Et brev med firmaets syn på saken er sendt ut til landets leger, og der fremgår det at Bayer fortsatt ikke ser kjernen i de reaksjonene som har kommet.

Vendil Vatne

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Møldrup C. No cure, no pay. *BMJ* 2005; 330: 1262–4.

Presidenten svarer:

Takk for nyttig påminnelse om denne formen for markedsføring. Jeg er enig med Vatne i at leger ikke skal være mellommenn for utlevering av tilbakebetalingskort til pasientene. «No cure, no pay» kan i noen situasjoner være et greit markedsføringsiltak, men ikke en aktivitet legene skal delta i. Man kan ellers spørre seg hvorfor slik garantiinformasjon ikke legges inn i pakningen?

Legeforeningen har hatt flere debatter, også på landsstyremøter, om forholdet til den farmasøytiske industri, og det er gjort landsstyrevedtak om temaet senest i Bergen i mai 2005. Legeforeningen har dog ikke diskutert de prinsipielle sider ved akkurat denne form for markedsføring eller den aktuelle saken Vatne refererer til.

Torunn Janbu

president

Den norske lægeforening

Bayer Pharma svarer:

I høst satte Bayer Pharma i gang et nytt og innovativt prøveprosjekt. Pasienter som får forskrevet potenspillen Levitra, men som ikke får ereksjon, skal få pengene tilbake («Levitas løfte»). Før vi satte i gang prøveprosjektet, foretok vi en grundig juridisk vurdering av lovligheten av konseptet. Det ble konkludert med at løftet ikke strider mot gjeldende lov, og at dette ikke er å anse som reklame rettet mot allmennheten. Kam-

panjen har, som forventet, skapt engasjement. Både leger, myndigheter, konkurranter og journalister har delte syn på saken. Vi har mottatt svært mange positive tilbakemeldinger fra leger.

Vendil Vatne anklager Bayer Pharma for ikke å forstå «kjernen» i reaksjonene. Jeg respekterer hennes syn, men reaksjonene har vært delte og majoriteten positiv. «Dette er god service overfor pasientene» og «dette er nyskapende, og flere selskaper bør tilby det samme» er blant de tilbakemeldinger vi har mottatt fra hennes kolleger.

Selv om Bayer Pharma på mange områder er uenig i Vatnes fremstilling, er en del av den interessant. Hovedspørsmålet hun stiller er: Blir leger til «fotsoldater» for Bayer for å få Levitra inn på markedet? Dette må bestrides, da det alltid vil være den enkelte leges vurdering og enighet med pasienten som vil være det avgjørende. Dessuten må legene selv vurdere om ordningen bør tilbys pasientene. «Levitas løfte» styrker etter vårt syn pasientenes rettigheter og setter søkelyset på legemidlets effekt og pris. Ordningen oppfordrer til riktige bruk av legemidlet og er konsistent med St.meld. nr. 18 (2004–05) om rasjonell legemiddelbruk.

Det er lov å ha ulikt syn på en ny og uprøvd ordning. Pengene-tilbake-garantier er nytt for legemidler i Norge, men gjennomført innenfor visse terapiområder i andre land. De andre nordiske landene har akseptert tilsvarende ordning for potenspillen Levitra. Slike ordninger er vanlig innenfor andre bransjer og er med på å styrke forbrukernes rettigheter. Fra ulike hold antydes det at slike ordninger kan få stor utbredelse innenfor farmasøytisk industri.

Statens legemiddelverk peker i sin korrespondanse til oss på at deres lovtolkings-spørsmål ikke finner eksplisitt støtte i forskriften. Bayer Pharma har valgt på deres oppfordring å stanse prøveprosjektet, uten at empiri er etablert og resultater evaluert. Bayer Pharma mener fortsatt dette er et godt konsept som bør vurderes for fremtiden og som er til det beste for pasientene.

Bertil Andersson
Bayer Pharma

Hvem kan avgjøre om livet er levelig?

I en artikkel i *New England Journal of Medicine* foreslår Verhagen og Sauer retningslinjer for medisinske drap på nyfødte (1). I Nederland var det i perioden 1997–2004 22 rapporterte tilfeller av medisinske drap på nyfødte. I alle tilfellene var barnet født med ryggmargsbrokk. Dette er bakgrunnen for at jeg som en voksen, født med ryggmargsbrokk og hydrocephalus, reagerer. Jeg føler et behov for å korrigere oppfatningen av ryggmargsbrokk som en tilstand man helst burde slippe å leve med.

Verhagen og Sauer hevder at et barn med den mest alvorlige formen for spina bifida vil ha en ekstremt dårlig livskvalitet, selv etter mange operasjoner. Det kan kanskje stemme i noen tilfeller. Problemet er, slik jeg ser det, at det kan man vanskelig vite før etterpå. Hvem sin lidelse er det man vektlegger? Foreldrenes eller barnets? Et annet spørsmål er om en lege i det hele tatt har forutsetninger for å mene noe om fremtidig livskvalitet. Den internasjonale ryggmargsb-

brokkforeningen har i sitt prinsippprogram *The right to be different* slått fast at livskvalitet ikke kan bestemmes av medisinske kriterier alene.

Tilhengere av dødshjelp argumenterer ofte med at dette handler om personer som er i livets slutfase. Verhagen og Sauer synes å snu dette argumentet på hodet: «Byrden» er større jo lengre tid barnet forventes å leve. Hvordan kan de hevde at «flertallet av nyfødtemedisinere i Europa er overbevist om at målet med intensiv behandling ikke bare er overlevelse, men også en akseptabel livskvalitet»? De tar her europeiske kolleger til inntekt for sin praksis uten at noen protesterer. Er norske leger enige i deres syn? Mener norske leger at folk som meg lider så mye at døden «ville være mer human enn fortsatt liv»?

I en alder av 35 år vet både foreldrene mine og jeg hvordan det gikk med meg. Vi har fasiten på hvordan livet, funksjonsnivået og livskvaliteten ble. Selv mener jeg at jeg lever et bra liv. Hva fagfolkene rundt meg måtte mene, vet jeg lite om, og jeg har ikke behov for å vite det heller. Det jeg har bruk for å vite er at de ikke lar personlige vurderinger om min livskvalitet bestemme hvorvidt jeg skal få tilgang på nødvendig behandling.

Toril Heglum
Bryne

Litteratur

1. Verhagen E, Sauer PJ. The Groningen Protocol – euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med* 2005; 352: 959–62.