

I Finsnes' artikkel antydes det at legemiddelindustrien ikke har vært en medspiller i innføringen av trinnprissystemet. Dette er ikke riktig. Legemiddelindustriforeningen har helt siden systemet ble foreslått, støttet opp om dette. Den har også foreslått justeringer i trinnprissystemet som ville gitt folketrygden og pasientene full effekt av den generiske konkurransen fra første dag. Samtidig ville det bidra til å gjøre konkurransevilkårene mer likeverdige i apotekmarkedet ved å gjøre det lettere for uavhengige apotek å få kjøpt inn trinnprislegemidler til for dem konkurransedyktige priser i forhold til kjedepotekene.

La det være helt klart at legemiddelindustrien ikke har interesse av å fremstille generisk bytte i et uheldig lys. Tvert imot; generisk konkurranse brukt på riktig måte kan bidra til fornuftig legemiddelbruk og rom for å finansiere nye og mer kostbare patenterte legemidler som representerer behandlingsmessige fremskritt innen de aktuelle terapiområder. Legemiddelindustrieringen har forventninger om at Helse- og omsorgsdepartementet ved den forestående gjennomgangen av apotekloven vil vurdere virkemidler som både sikrer myndighetene og pasientene full effekt av produsentenes rabatter, men som også sikrer trinnprissystemet på en måte som balanserer flere interesser enn hva dagens system gjør.

Pål Christian Roland

Legemiddelindustriforeningen

Litteratur

1. Finsnes K. Apotekene har spart pasient og folketrygd for 500 millioner kroner. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 192–3.
2. Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. ECON-rapport nr. 2004–010. Oslo: ECON Analyse AS, 2004.

Gi kompasset tilbake – men til hvem?

I artikkelen *Gi legemiddelindustrien kompasset tilbake!* i Tidsskriftet nr. 1/2006 påstår redaktøren i *New England Journal of Medicine*, Jeffrey Drazen, at det innad i legemiddelindustrien har skjedd en holdningsendring mot mer pengetenkning og mindre fag og etikk (1). Dette er ikke korrekt. Endringene i legemiddelsektoren de siste årene har først og fremst skjedd som et resultat av helsemyndighetenes endringer i rammevilkårene for legemiddelindustrien og ikke som et resultat av en holdningsendring innad i legemiddelindustrien.

Kravene om dokumentasjon ved søknad om godkjenning for et nytt legemiddel er blitt vesentlig strengere. I dag leveres det bokstavelig talt paller med dokumentasjon, mens det for eldre legemidler som fortsatt er i bruk, var nok med noen få A4-ark. Eksempelvis sendte vårt firma nylig inn 20 paller med dokumentasjon for registrering av et

nytt legemiddel (som for øvrig ikke ble godkjent), mens lokalbedøvelsesmidlet Xylocain i sin tid ble godkjent på grunnlag av en søknad på noen få sider. Et slik krav til økt dokumentasjon har økt utprøvningskostnadene og utprøvingstiden for et legemiddel, noe som «spiser» av den tid firmaet har patent på midlet. Dermed blir kravene til inntjening større. Krav til økt dokumentasjon fører til større fokus på å holde seg til myndighetenes krav og ikke til de mer akademiske problemstillinger Drazen etterlyser. Det er også på trappene å innføre overvåking etter markedsintroduksjon (post-marketing surveillance), som innebærer tiltak for å følge opp eventuelle bivirkninger på allerede godkjente legemidler.

Samtidig som myndighetene har økt kravene til dokumentasjon og overvåking, har deres betalingsvillighet sunket. Flere ordninger er innført for å redusere legemiddelprisene, noe som har medført store inntjeningstap for industrien. Prissettingen på legemidler i høykostlandet Norge er basert på gjennomsnittsprisen til de tre billigste landene av totalt ni europeiske land. Samtidig legges forholdene til rette for parallellimport, dvs. innføring av legemidler fra lavkostland. Lister over hvilke medisiner man skal forskrive fremfor andre mot en sykdom, er ofte mer basert mer på hvor billig medisinen er fremfor hvor effektiv medisinen er. Når patentet for legemidlet går ut, oppstår det såkalt generisk konkurranse, som innebærer at «hvem som helst» kan produsere legemidlet. I denne fasen synker prisene kraftig – styrt av myndighetene gjennom trinnprismodellen. Presset fra generikafirmaene har også økt ved at etablerte patenter angripes. Det finnes flere eksempler på at legemidler har mistet patentets eksklusivitet før det har gått ut.

Inntjeningen til legemiddelindustrien har gått ned de siste 15 årene, mens forskningsinnsatsen og dokumentasjonen har økt betydelig. Industrien er opptatt av å forske frem nye effektive legemidler med minst mulig bivirkninger. Økte krav til dokumentasjon, økte kostnader og lavere inntjening har medført at antallet søknader for registrering av nye legemidler har gått ned. Bare gjennom et aktivt samarbeid mellom industri og myndigheter kan nye innovative legemidler se dagens lys.

Christian Önfelt

AstraZeneca AS

Litteratur

1. Haug C. Gi legemiddelindustrien kompasset tilbake! Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 52–5.

Fagfeller – våkne opp!

Det er skjammende feil i to artikler i Tidsskriftet nr. 2/2006. Gaarder skriver i sin lederartikkel at «Verdens helseorganisasjon rapporterte om ca. fem millioner dødsfall

som følge av skader i 2003. Dette utgjør om lag 10 % av alle dødsfall på verdensbasis, dvs. om lag 4 000 dødsfall per år» (min kursivering) (1). Dette er jo tull. I sammendraget i sin originalartikkel om organisering av norske traumemottak skriver Isaksen og medarbeidere at «...feil i den første fase av behandlingen ved sykehus koster 10–15 % av pasientene livet» (2). Norsk skademedisin er et genocidalt prosjekt dersom dette er tilfellet. Heldigvis er sannheten noe mer beroligende, nemlig at 10–15 % av traumedødsfallene trolig kan unngås dersom initialbehandlingen er optimal.

For to uker siden måtte jeg påpeke en liknende blunder i en originalartikkel om snøscooterskader i Finnmark (3). Fører Tidsskriftet en kampanje for å stille traumatologene til togs, eller er andre typer fagartikler i Tidsskriftet like ille? Redaktøren må jo forstå at vi ikke gidder å fortsette å lese uetterrettelige artikler. Jeg melder meg som fagfellevurderer.

Hans Husum

Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

1. Gaarder C. Livet stod ikke til å redde – eller? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 144.
2. Isaksen MI, Wisborg T, Brattebø G. Organisering av traumemottak – stor forbedring på fire år. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 145–7.
3. Husum H. Snøscooterskader ikke alvorligere enn før. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 340–1.

C. Gaarder svarer:

I mitt innsendte manuskript lød første avsnitt som følger: «Verdens Helseorganisasjon rapporterte 5 millioner traumedødsfall i 2003. Det utgjør 10 % av alle dødsfall på verdensbasis. Den gjennomsnittlige skadepasienten er en tidligere frisk person i trettiårene. Som Isaksen og medarbeidere påpeker i dette nummer av Tidsskriftet, finnes det fyldig litteratur som støtter antagelsen om at en stor del av dødsfallene kunne ha vært unngått med optimal traumebehandling. Dette kan i Norge utgjøre opptil 6 500 tapte leveår hvert år.» Tillegget «dvs. om lag 4 000 dødsfall per år», som Husum riktig påpeker i sitt innlegg, er direkte feilaktig. Utsagnet er lagt til i en redaksjonell forandring av manuskriptet, som undertegnede ikke har fått mulighet til å rette opp på grunn av kort frist og utenlandsopphold.

Christine Gaarder

Johannesburg
Sør-Afrika

M.I. Isaksen og medarbeidere svarer:

Vi takker Hans Husum for å ha gjort oss og leserne oppmerksomme på at en setning i sammendraget i vår artikkel i Tidsskriftet kan mistolkes, dersom man bare leser den uavhengig av selve artikkelen (1). For dem

som ikke bare leser artikler etter «Ja, vi elsker-metoden» (2), vil dette klart fremgå av andre setning i innledningen i artikkelen: «Dersom behandlingen av de skadede i akuttfasen hadde vært optimal, blant annet ved å ha et organisert traumesystem, vil trolig 10–15 % av slike dødsfall kunne unngås,» noe som underbygges med henvisning til tre studier.

De to siste artikler fra Hammerfest har vært utsatt for en overraskende språklig interesse fra Husum (2, 3). I begge tilfeller mer enn antyder han at artiklene er uetterrettelige. Etterrettelighet og ærlighet anses som grunnverdier i vitenskapelig virksomhet og defineres som at forskerne ikke skal skjule noe, ikke fordreie noe og ikke forfalske noe (4). Vi kan ikke se at Husum har grunnlag for å påstå at vi har vært uetterrettelige.

I vår artikkel beskriver vi hvordan tverrfaglige team på landets sykehus tar ansvar for kvaliteten av egen skadeomsorg (1). Vi rapporterer en nasjonal fremgang som er bedre enn noe annet land vi kjenner til. Dette er oppsiktsvekkende, spesielt siden det ikke har vært ført offentlige kampanjer for å forbedre skadebehandlingen. Denne kvalitetsutviklingen har foregått uten støtte fra legemiddelindustri eller utstyrproducenter og er fra fagfolk til fagfolk på et likeverdig nivå. At initiativet startet ved to lokalsykehus og et universitetssykehus og siden har spredt seg til 45 av landets 50 akuttisykehus, er også unikt for denne typen kvalitetsforbedring (5).

Vi vil fortsette å beskrive funn og tiltak som vi tror styrker tilbudet til den del av befolkningen vi tjener. Dersom Husum også ønsker å forbedre pasientbehandlingen ved alvorlige skader (og å forebygge snøscooterskader), tror vi det er hensiktsmessig å konsentrere seg om innhold fremfor semantikk. Vi deltar gjerne i en faglig debatt som går på sak og innhold, men avslutter polemiseringen om formuleringer på det nivå Husum har lagt seg på.

Torben Wisborg
Hammerfest sykehus

Litteratur

1. Isaksen M, Wisborg T, Brattebø G. Organisering av traumemottak – stor forbedring på fire år. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 145–7.
2. Husum H. Snøscooterskader ikke alvorligere enn før. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 340–1.
3. Husum H. Fagfeller – våkne opp! *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 636.
4. Bugge R. Forskning, etikk og åpenhet. *Etikkinformasjon* 1999; nr. 3. [www.etikkom.no/fagbladet/Etikkinformasjon/1999/3/side1.htm/view\(27.1.2006\)](http://www.etikkom.no/fagbladet/Etikkinformasjon/1999/3/side1.htm/view(27.1.2006)).
5. Wisborg T, Castrén M, Lippert A et al. Training trauma teams in the Nordic countries: An overview and present status. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49: 1004–9.

Å hoppe etter svenskene

I julenummeret av *Tidskrift för Svensk Onkologisk Förening* har redaktøren Jan-Erik Frödin, en fremtredende svensk onkolog, en tankevekkende lederartikkel (1). Artikkelen tar utgangspunkt i et brev fra fem seksjonssjefer og åtte professorer i onkologi, der de påpekte svakheter i kreftomsorgen i Stockholm-området og med et krav om divisjonssjefens avgang. Brevet førte til at virksomhetssjefen for onkologi fikk sparken – selv om han ikke hadde undertegnet brevet. Frödin påpeker hvordan innføring av nye sjefsnivåer i svensk helsevesen har ført til at viktige avgjørelser blir tatt av personer så høyt oppe i organisasjonen at de mangler oversikt over konsekvensene av sine vedtak (1).

Sammenslåingen av den høyspesialiserte medisinen i Stockholm-regionen ved Karolinska Universitetssjukhuset, Radiumhemmet, Huddinge Sjukhus, Södersjukhuset og Danderyd Sjukhus til en gigantisk enhet er nylig gjennomført. Begrunnelsen er at stor-drift, samhandling og funksjonsfordeling antas å medføre mer effektiv drift og betydelige besparelser. Enhver omorganisering har imidlertid sin pris. Radiumhemmet – selve navet i svensk onkologi – forvitrer nå hurtig. Dyktige fagfolk flykter, noen til godt betalte jobber i legemiddelindustrien. Store innsparinger kan bare oppnås ved nedbemanning, som skaper uro og stress hos de ansatte og/eller ved nedskjæring av forskningsaktiviteten, noe som betyr å oppgi ambisjonen om å ligge i front av utviklingen. Blir prisen for omorganiseringen for høy?

Nordmenn har for vane å velge løsninger som vårt naboland allerede har satset på – også de mislykkede. Norsk helsevesen står nå midt i store endringer og utfordringer. Sammenslåingen av Rikshospitalet og Radiumhospitalet er i gang. Den såkalte Oslo-prosessen for samhandling og funksjonsfordeling med Ullevål universitetssykehus samt danningen av ett forent akademisk medisinsk miljø på Universitetet i Oslo er påbegynt. Bedre samarbeid mellom Helse Sør og Helse Øst er påkrevd. Disse prosesser har mange likhetstrekk med gigantprosjektet i Stockholm. En forutsetning for reelle innsparinger og forbedringer er at de organisatoriske endringer medfører klare synergieffekter. Omorganiseringer bør handle om å videreføre det som fungerer godt og forbedre det som fungerer dårlig, ellers vil gevinstene utebli.

Antall krefttilfeller stiger år for år. Teknologiske nyvinninger gjør kirurgi og strålebehandling sikrere og bedre, og nye og mer selektive legemidler kommer på markedet. Alt dette har en uunngåelig kostnadsdrivende effekt. Et relevant eksempel er den nye antistoffbaserte behandlingen av lymfomer. Denne medfører for vår institusjon alene en merkostnad på nesten 10 millioner kroner per år.

Radiumhospitalet har gjennom snart 75 år bygd opp en kompetanse og et miljø det har stått respekt av. Sammen med sitt kreftforskningsinstitutt står sykehuset for en dominerende andel av norsk kreftforskning og avansert, utprøvende kreftbehandling. Dersom institusjonen mister sitt navn og sin identitet og staben sin motivasjon, vil det raskt gå nedover. I all pasientbehandling stiller vi krav om at medisiner og tiltak skal være evidensbasert. Vi hopper nå etter svenskene – vi er allerede i ovarenet. Nå gjelder det å ikke snuble på hoppkanten og lande på kulen.

Øyvind S. Bruland
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Frödin J-E. Redaktørens rader. *Tidskrift för Svensk Onkologisk Förening* 2005; nr. 8/11: 5. www.bruland.info.

Multiple sclerosis in Nordland County

In a study on the prevalence of multiple sclerosis in Nordland county, Norway, by Alstadhaug et al in *Tidsskriftet* no. 4/2005 (1), a high-risk focus was found, as in the early 1950s (2), in the area inland of Bodø. I want to mention a relevant aspect from a detailed field study by Riddervold on food and its preservation in 1900–40 in the nearby area of Skjerstad (3).

In comparison with eastern and central Norway, and less so with western Norway, pork consumption (by household) was definitely lower in northern Norway, still in 1977–79 (4). In the paper by Riddervold (3), however, a fairly high consumption of pork in the area of Skjerstad was reported, even in the coastal parts. However, even within that area, a clear gradient was apparent from the inland to coastal parts, both for the use of animal products (excluding fish, but including pork) and the intensity of smoking for preservation: it was used in ham only and for only short time (i.e. several hours) in the coastal area, but for several days and in more meat varieties (including beef and mutton) in the inland parts (3). This inland-to-coast gradient for meat smoking is in line with the overall incidence of multiple sclerosis in Norway (2). It is also in agreement with case-control studies (5, 6) linking smoking and curing with nitrate/nitrite of meat to multiple sclerosis. Nitrotyrosine is formed during inflammatory diseases of the central nervous system, including multiple sclerosis, as a consequence of peroxynitrite formation. Different nitrophenol compounds, on the other hand, are present in the meat following curing with nitrite and smoking (7), and a molecular mimicry seems therefore possible.

Klaus Lauer
D-64347 Griesheim