

Ansiktet spiller personligheten!

I Tidsskriftet nr. 3/2014 refereres en undersøkelse som viste at estetisk plastisk kirurgi ikke gjorde pasientene mer attraktive for andre (1). Gjennom et liv, kort eller langt, spiller ansiktet personligheten. Det er mange små muskler som endrer strukturen i ansiktet og er årsak til dette. Det er det som avgjør om man er sjarmerende f.eks. Når man manipulerer på huden, endres dette og små rynker kan strekkes, samtidig som noe av «livet» i ansiktet blir borte.

Dette forholdet kan forklare at man blir vurdert som «yngre», men ikke mer «attraktiv».

Staale Staalesen

staalear@online.no

Staale Staalesen er spesialist i indremedisin ved Ringen rehabiliteringssenter og oppfølgingsenheten Frisk, Moelv. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Berg MR. Ser yngre ut, men ikke mer attraktiv! Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 284.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 29.1. 2014.
<http://tidsskriftet.no/article/3134746>

Et viktig poeng mangler

Torgeir Bruun Wyller belyser i en kronikk i Tidsskriftet nr. 3/2014 en problemstilling som vi kommer til å møte mange ganger i fremtiden (1). Men etter min mening er det største problemet kostnaden for nye medisiner. Hele diskusjonen hadde vært unødvendig hvis medisinen hadde kostet atskillig mindre. Hvorfor koster ipilimumab så mye? Det er trolig ikke billig å produsere dette. Men jeg tviler på at den eller andre medisiner kun er så dyr fordi produksjonskostnadene er høye.

I de siste årene har kunnskapen om cellefunksjoner (og deres forandringer ved utvikling av kreft) eksplodert. Dette førte til innføring av nye substanser som kan bremse kreft- eller spredningsutviklingen. Noen av substansene kan øke overlevelsen betraktelig, mens andre substanser øker overlevelsen fra et halvt år til ett år. Den økte kunnskapen har også forandret vitenskapspolitikken. Både institusjoner og forskere er blitt oppmuntret til å søke om patentrettigheter for nye substanser og til å danne bioteknologiske firmaer. Dette til forskjell fra tidligere, da tradisjonen var å åpne substansen for allmenn bruk. For eksempel skjedde dette med insulin, som forskere avsto fra å gjøre penger på. I det nye regimet får bioteknologiske firmaer tilbud om risikokapital fra forskjellige fond. Fondsstrategien innebærer at firmaene etter hvert omdannes til aksjeselskap. Når substansene da viser seg å være effektive, stiger aksjekursen til værs, og risikofondene kan tjene store penger (2).

I 2003 ble det totale verdensmarkedet for onkologiske (kreft) substanser vurdert som 36,8 milliarder dollar. Dette tilsvarte ca. 10 % av alle utgifter for medikamenter over hele verden. Kostnadene for medikamenter og behandlinger økte betydelig. Før 1996 var standardsubstansen for behandling av tykktarmskreft 5-fluorouracil. Kostnader for en åtteukers kur var under 100 amerikanske dollar. I 2004 fantes det fem tilleggssubstanser for behandlingen, og behandlingskostnadene for en kur kan nå utgjøre 30 000 dollar eller mer. En av pionerene i feltet, Bruce Chapner, konkluderte i 2005 med følgende: «Utvikling av kreftmedikamenter har forandret seg

fra en mindre, oftest offentlig finansiert aktivitet i USA til en større internasjonal industriell aktivitet.» (3).

Patentrettigheter for kreftmedikamenter medfører at industrien prøver å få så mye som mulig igjen når de har innført substanser på markedet. Reelle forskningskostnader er vanskelig å bedømme. Men samtidig må vi ikke glemme at størstedelen av den kunnskapen som klinisk forskning baserer seg på, er offentlig finansiert. Man må regne med at mange utgifter oppstår som følge av aggressiv markedsføring, skyhøye lønninger for ledere og høyt aksjeutbytte.

Med andre ord: Vi må diskutere om nye medisiner må være så dyre – og hvem som tjener mest.

Gernot Ernst

bserng@vestreviken.no

Gernot Ernst (f. 1964) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Kongsberg sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wyller TB. Politikk eller kvasivitenskap? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 320–2.
2. Angell M. The truth about the drug companies. New York, NY: Random House, 2004.
3. Chabner BA, Roberts TG jr. Timeline: Chemotherapy and the war on cancer. Nat Rev Cancer 2005; 5: 65–72.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 3.2. 2014.
<http://tidsskriftet.no/article/3136475>

T.B. Wyller svarer:

Gernot Ernst reiser en viktig diskusjon, men min kronikk er ikke et innlegg i den diskusjonen. Ja, nyutviklede legemidler med lovende effekt på alvorlige sykdommer er priset høyt, og universiteters og forskningsinstitusjoners store vektlegging av innovasjon og kommersialisering bidrar muligens til det. Staten rår på sin side over ulike virkemidler for å begrense utgiftene, som regler om patenters varighet, regler for generisk bytte, ordningen med foretrukket legemiddel osv. Men etter min mening kan ikke den høye legemiddelprisen rettferdiggjøre at man bryter med elementære forskningsmetodologiske prinsipper i sine bestrebelsler på å beregne hva som er «kostnadseffektiv» behandling.

Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er lege og professor ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Han har mottatt forskningsstøtte/forelesningshonorar fra AstraZeneca, Nycomed, Pfizer, Roche og Eli Lilly for emner knyttet til geriatri og medikamentell behandling av eldre, men ikke relatert til ipilimumab.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 3.2. 2014.
<http://tidsskriftet.no/article/3136475>

Borreliose debatteres fortsatt på nettsidene våre. For å lese hele debatten gå til denne lenken: <http://tidsskriftet.no/article/3125812#comments>