

de eldre, bør økt gevinst heller enn økt blødningsfare vektlegges.

Det finnes mange pasienter over 80 år som er fullt i stand til å gjennomføre warfarinbehandling på en utmerket måte. Det er svært uheldig at mange av disse ikke får midlet på grunn av feilinformasjon om blødningsfaren. Resultatet er at acetylsalisylsyre, som er et mye dårligere alternativ, blir løsningen – med betydelig større risiko for hjer-neslag og stor grad av funksjonshemming som resultat.

Oslo

Emil Onshuus
nordisk produktsjef
Nycomed Pharma

Litteratur

1. Ræder H, Kildahl-Andersen O. Antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 651.
2. Wolf PA, Abbot RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. Stroke 1991; 22: 983–8.
3. Albers GW. Sixth ACCP Consensus Conference on antithrombotic therapy. Chest 2001; 119: 194S–206S.
4. Godtfredsen J. Antitrombotisk behandling ved atrieflimmer. I: Antitrombotisk og fibrinolytisk behandling i kardiologi. SLK-publikasjon 2000: 04. Oslo: Statens legemiddelkontroll, 2000: 87–91.

H. Ræder & O. Kildahl-Andersen
svarer:

Et godt og gammelt klinisk prinsipp lyder *primum non nocere* – først og fremst ikke skade. Det er viktig med et edruelig forhold til sikkerhetsmarginene i den behandling man iverksetter, slik at nytten av gitt behandling langt overstiger mulig skade.

For eldre pasienter mellom 75 og 80 år har man god dokumentasjon for at warfarin hindrer hjerneslag ved atrieflimmer. Vi er ikke uenige med produktsjef i Nycomed Pharma, Emil Onshuus, om dette. Ser man på, slik vi gjorde, enda høyere aldersstrata, blir dokumentasjonen mer mangelfull.

Onshuus refererer til fem primærprofylaktiske studier med warfarin ved atrieflimmer der det var lavere årlig blødningsrisiko enn i SPAF-II-studien, men unnlater å se nærmere på alderssammensetningen for de aller eldste. Pasientene var eldre i SPAF II-studien enn i de andre studiene (1) – gjennomsnittsalderen var 80 år i den del av pasientgruppen som var over 75 år (2). Gjennomsnittlig INR-nivå hos de behandlede var 2,6. Aldersstratifisering for høyere aldersstrata savnes i de andre studiene.

Det er fristende, kanskje spesielt for en produktsjef, å ekstrapolere data til de aller eldste. Da må man ikke glemme at pasienter over 80–85 år har en markert høyere risiko for sviktende organfunksjoner som kan påvirke og gi mer uttalte svingninger i INR-nivå (leverfunksjon, høyre hjerte-svikt), høyere risiko for sykdommer som kan påvirke INR-nivået (malignitet, tarmsykdommer), høyere risiko for å falle (ortostatisme,

sansesvikt), høyere forekomst av sykdommer som medfører polyfarmasi, med betydelig interaksjonsrisiko med warfarin, samt økt risiko for begynnende, udiagnostisert demens (etterlevelse). Onshuus peker på at det er høyt INR-nivå som gjør blødningsrisikoen så høy. Det er nettopp det å holde de aller eldste innenfor et stramt terapeutisk nivå som er problemet i daglig klinisk praksis.

Onshuus betegner warfarinbehandling som «svært effektivt» og acetylsalisylsyre som «mye dårligere» – uten referanser. Heller ikke her er det lett å finne godt dokumenterte tall for de aller eldste. I Taylors «head to head»-metaanalyse, som også skulle dekke aldersgruppen 75–80 år, synes ikke forskjellen mellom warfarin og acetylsalisylsyre å være så betydelig (3), men inklusjonskriteriene for metaanalyser vil ofte kunne styre konklusjonen i ulike retninger (4).

Betydningen av et meget balansert forhold til warfarin understrekes ytterligere av det faktum at medikamentet ligger klart øverst på listen til Statens legemiddelverk over legemiddelutløste dødsfall for 1991–2000, trass i underrapportering, med 41 dødsfall i 2000, mot sju dødsfall med acetylsalisylsyre (5).

Harstad

Helge Ræder
Odd Kildahl-Andersen

Litteratur

1. Albers GW, Sixth ACCP. Consensus conference on antithrombotic therapy. Chest 2001; 119: 194–206S.
2. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study. Lancet 1994; 343: 687–91.
3. Taylor FC, Cohen H, Ebrahim S. Systematic review of long term anticoagulation or antiplatelet treatment in patients with non-rheumatic atrial fibrillation. BMJ 2001; 322: 321–6.
4. Mant J, Fitzmaurice D, Murray E, Gregory YHL, Hobbs FDR. Inclusion criteria determine results of review. BMJ 2001; 323: 233–4.
5. Madsen S, Lislevand H, Kvande KT, Buagjordet I, Haug P, Kvam E. Legemiddelbivirkninger i Norge 1999–2000. Nytt om legemidler 2001; 4: 8–11.

Er pilleforbruket ute av kontroll?

Tidsskriftet peker på at norsk pilleforbruk nærmer seg europeisk nivå (1). Den årlige økningen i pilleforbruket – målt i definerte døgndoser (DDD) – var 7,1 % i 1999, 5,2 % i 2000 og 7,3 % i 2001. Hvis økningen fortsetter med ca. 7 % per år, vil det ta ca. 34 år å tidoble pilleforbruket.

Jeg tror disse tallene taler for at vi bør arbeide mer aktivt for å begrense økningen i pilleforbruket. For noen år siden introduserte statsråd Gudmund Hernes «fem om dagen», og det gjaldt frukt. Jeg har merket meg at mange eldre bruker «fem om dagen», men det gjelder piller. Om 34 år ser det ut til at de

kommer til å bruke 50 piller om dagen, og det er neppe sunt.

Jeg vet selvfølgelig at det er meningsløst å ekstrapolere eksponentiale funksjoner, for det kan jo ikke gå slik. Men nettopp derfor må man begynne å tenke seg om nå.

Blommenholm

Peter F. Hjort

Litteratur

1. Sundar T. Norsk pilleforbruk nærmer seg europeisk nivå. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 436.

Legemiddelfirma-avhengighet?

Tidsskriftet, vårt fagforeningsblad, publiserte i nr. 5/2002 en redaksjonell artikkel av Jørund Straand & Kirsten Myhr som går rett mot medlemmene (1).

Jeg antar at jeg har størstedelen av legene med meg i ønsket om å bli omtalt med respekt og å bli vernet av vår egen fagforening. Dette må være et hovedfundament for Legeforeningen. Foreningen skal bidra til å holde orden i rekkene, men denne artikkelen var noe langt mer.

I artikkelen blir store grupper medlemmer, inkludert foreningens internasjonalt kjente forskere, harselert med. Hvor ser Legeforeningen alle forskrekkelighetene? En del fagmøter må holdes på internasjonale arenaer – i vårt fag som i andres. Forfatterens mening om at medlemmene kan kjøpes for spenningen med å reise med fly og bo på hotell, med mat og vin, er dertil antakelig ikke riktig. Bruk av vin er visstnok ikke så uvanlig i utlandet. Hva slags forskrekkeligheter er det man ser? Er det scooterturen på Svalbard som henger i?

Det er soleklart at legene som andre akademiske faggrupper må samarbeide med relevant industri som gjør seriøs forskning, og som har gitt oss omtrent alt vi har av hjelpemidler til utvikling av det faget vi i dag er så stolte av. Våre gode samarbeidspartnere må ikke bli fremstilt som mafia. Samarbeidsprosjektene med legemiddelindustrien er sterkt kvalitetssikret både etisk og faglig. Dette bør være klart.

Legens drivkraft for arbeid på fritiden er faglig ærgjerrighet og interesser. Noen mottar for dette fritidsarbeidet en «rørleggerlønn». Rørleggere har dog en anstendig overtidsbetaling. Fremskrittene på våre fagområder skjer for en stor del via internasjonalt samarbeid, og legene må til utlandet for å delta. I Norge – kalt verdens beste land – finnes ikke all kunnskap for at vi kan lese og oppdatere oss fullt ut. Hvem skulle produsere lesestoffet – Regjering og Storting via statsbudsjettet?

Selvfølgelig må vi ha et nøkternt forhold til industriens forskningsresultater. Hvem ser spøkelser og beveger vår fagforenings holdning utad ut på siden av samfunnets selvfølgelige regler for etikk? Er det grupper