

Absolutte og relative risikotall er således ikke utelukkende relevante i et folkehelseperspektiv. Vår bruk av tallene er i tråd med den epidemiologiske faglitteraturen, uansett Høiseiths personlige terminologi. Relativ risiko er kun aktuelt i sammenhenger hvor vi sammenlikner risikoen hos to grupper, som ved et klinisk forsøk. Dersom man kunne helbrede alle barn med skjelettkreft, gir det en *absolutt* behandlingseffekt på 100 %, ikke en relativ slik Høiseith påstår. Om alle som ikke behandles dør, vil den absolutte risikoreduksjonen dermed være 100 %. Effekten på totalmortaliteten vil derimot være marginal på grunn av den lave incidensen av sykdommen. Vi har vanskelig for å se relevansen av dette eksemplet. Problemstillingen i osteoporosestudier er ofte den motsatte, at de færreste både i behandlingsgruppe og placebogruppe brykker noe. Dette innebærer at det er vanskelig å påvise hvilke individer som har effekt av behandlingen.

Vi har aldri hevdet at behandling med raloxifen er uten effekt. Ei heller har vi gjort noen nye beregninger i denne sammenhengen. Vi har kun basert oss på tall fra reklamebrosjyren og MORE-studien, slik de gjenfinnes i originalpublikasjonene. At Høiseith finner tallene meningsløse fordi de baserer seg på «ett års bruddforekomst i en inhomogent selektert studiepopulasjon som hovedsakelig er i en alder med lav bruddforekomst», er påfallende når Lilly baserer sitt reklamemateriell på nettopp denne studien. Vi har fortsatt mye mer å lære, men det er vi sannelig ikke alene om.

John-Arne Skolbekken
Siri Forsmo
Trondheim

Bitter pille – for hvem?

«Statens forsøk på å redusere utgifter til legemidler er vanskelig å svelge for legemiddelindustrien», hevder redaktør Charlotte Haug i sin leder i Tidsskriftet nr. 5/2003 (1). Før vi går inn på hva som faktisk er det vanskelige for industrien, samt hva vi vil gjøre med dette, er det nødvendig å oppklare noen fundamentale misforståelser.

Prisen på legemidler fastsettes *ikke* av produsentene, men av Statens legemiddelverk, basert på en formel som gir priser under et europeisk gjennomsnitt. Produsenten har ingen innflytelse. Prisene på legemidler har gått jevnt og trutt nedover de siste fem årene, og justert for kjøpekraft er legemiddelprisene i Norge de laveste i Nord-Europa (2). Sammen med et lavt forbruk av legemidler, gjør dette at også myndighetenes investeringer i legemidler, som andel av bruttonasjonalproduktet, er de laveste i Nord-Europa.

Charlotte Haug skriver at indeksprissystemet er bakgrunnen for en «aksjon» de seks største legemiddelselskapene nå har gått til (1). Det er imidlertid ikke indeksprissystemet som har tvunget disse firmaene til å foreta nødvendige kostnadsutt. Innføringen av indeksprissystemet er i prinsippet kun en gjeninnføring av det gamle referanseprissystemet, som ble avvirket av myndighetene i 2001 da det viste seg ikke å fungere etter intensjonen.

Grunnen til at de seks firmaene har måttet gjennomføre betydelige kostnadsutt, er en helt annen, nemlig prisrevisjonen for legemidler i 2003, der Stortinget vedtok å spare 600 millioner kroner på grunn av den høye kronekursen. Vi er *ikke* imot prisrevisjoner på legemidler, men at Legemiddelverket velger å spare inn hele beløpet ved kun å redusere prisene på de mest omsatte legemidlene (18 % av samlet antall virkestoffer) rammer først og fremst de store, forskningsbaserte legemidelfirmaene. Vi har «over natten» mistet ca. 10 % av vår omsetning på et tidspunkt da budsjettene for 2003 allerede var lagt. En omsetningssvikt på denne størrelsen får konsekvenser, uansett bransje. På et rent forretningsmessig grunnlag har vi derfor måttet kutte kostnader der vi mener kuttene har minst effekt på våre inntekter.

De seks firmaene har tatt initiativ til en konstruktiv dialog med myndighetene med utgangspunkt i at dagens legemiddelpolitikk ikke bare rammer industrien, men i stor grad også pasientene og myndighetene idet de igangsatte tiltak ikke har de ønskede konsekvenser for noen av partene (3).

At våre kostnadsutt rammer tredjeperson, er vi de første til å beklage. Vi håper vår dialog med myndighetene om en mer målrettet legemiddelpolitikk vil gi større forutsigbarhet i fremtiden, både for oss og for våre samarbeidspartnere. Det vil etter vår mening gjøre pillen mindre bitter for norske pasienter – når de først får den.

Vidar Sie
MSD

Grethe Aasved
Pfizer

Hallstein Husbyn
GlaxoSmithKline

Christian Clemm
AstraZeneca

Håvard Selby Ebbestad
Pharmacia

Anders Tullgren
Bristol-Myers Squibb

Litteratur

- Haug C. Bitter pille. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 601.
- Tall og fakta 2003. Legemidler og helsevesen. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2003.
- Sie V, Aasved G, Husbyn H, Clemm C, Ebbestad HS, Tullgren A. Hvordan bør norsk legemiddelpolitikk utformes? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1115.

Hvordan bør norsk legemiddelpolitikk utformes?

Seks legemidelfirmaer som står for ca. 50 % av legemiddelmarkedet i Norge (1), har gått sammen i en dialog med norske myndigheter og samarbeidspartnere om en kritisk gjennomgang av dagens legemiddelpolitikk og en drøfting av alternative løsninger. I samarbeid med myndighetene ønsker vi å bidra med innspill som kan føre til utviklingen av en mer hensiktsmessig legemiddelpolitikk.

Våre forslag er basert på forutsetningen om fortsatt kostnadskontroll for myndighetene, men med en klar profil i retning av sterkere pasientrettigheter og incitamenter for innovasjon. Vi ønsker en bred legemiddelpolitisk debatt rundt våre forslag. Vi har allerede hatt ett konstruktivt møte med helseminister Dagfinn Høybråten, der vi skisserte et forslag til ny legemiddelpolitikk basert på tre hovedelementer: tilgang til innovative legemidler, prispolitikk og generikapolitikk.

Blåreseptordningen er en rettighet for pasientene – ikke en rammebetingelse for industrien. Blåreseptordningens fundament er å gi alvorlig eller kronisk syke pasienter lik tilgang til effektive legemidler. Nye legemidler som av myndighetene er funnet medisinsk og helseøkonomisk forsvarlig, bør derfor umiddelbart gjøres tilgjengelig for norske pasienter gjennom blåreseptordningen, slik det i dag gjøres i en rekke andre land. Med dagens ordning ligger Norge i bunnsjiktet i Nord-Europa når det gjelder norske pasienters tilgang på nye innovative legemidler gjennom blåreseptordningen (2).

Man bør fortsatt ha årlig prisrevidering av legemidler, men hele markedet må revideres samtidig og etter en forutsigbar og enkel modell. Vi har foreslått en modell som gir samme resultat som de vedtatte innsparinger i årets statsbudsjett.

Prisene for generiske legemidler i Norge ligger på Europa-toppen. Myndighetenes regulering har ikke bidratt til å endre dette bildet, snarere tvert imot. Stadig flere av legemidlene som finansieres gjennom blåreseptordningen, vil være legemidler som ikke lenger har patent. Ved å innføre en mer effektiv konkurranse på generikamarkedet (inklusive originalpreparater som er gått av patent), vil det frigis midler som kan brukes til å gi raskere tilgang til innovative medisiner.

Våre forslag er i tråd med flertallsinnstillingen fra sosialkomiteen i forbindelse med statsbudsjettet for 2003 (3), samt med «G10-anbefalingene» fra Europakommisjonen (4), som kommer til å være retningsgivende for utviklingen av legemiddelpolitikken i Europa i årene fremover. De tre elementene er fundamentale i en mer helhetlig og målrettet legemiddelpolitikk, der formålet er å sikre pasientene rett på reell tilgang til nye, innovative legemidler

og gi forutsigbare rammevilkår for forskningsbasert industri, samtidig som hensynet til myndighetenes budsjett og behov for kostnadskontroll skal ivaretas. En legemiddelpolitikk med profil og synlig målsetting handler om riktige prioriteringer.

Vidar Sie

MSD

Grethe Aasved

Pfizer

Hallstein Husbyn

GlaxoSmithKline

Christian Clemm

AstraZeneca

Håvard Selby Ebbestad

Pharmacia

Anders Tullgren

Bristol-Myers Squibb

Litteratur

1. Tall og fakta 2003. Legemidler og helsevesen. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2003.
2. Delays in market access. Cambridge: Cambridge Pharma Consultancy, 2002.
3. Flertallsinnstillingen fra Stortingets Sosialkomité, Statsbudsjettet for 2003.
4. European Commission: G10 Medicines report, 7.5. 2002. www.pharmacos.eudra.org (17.3.2003).

Rekrutteringskrisen i medisinsk forskning

I Tidsskriftet nr. 3/2003 har Mari Nes & John-Arne Røttingen et tankevekkende innlegg om rekrutteringskrisen i medisinsk forskning i Norge (1). Allerede for flere år siden ble det foreslått tiltak for å motvirke rekrutteringskrisen (2–4), og det ble iverksatt visse tiltak, bl.a. vektlegging av medisinsk utdanning ved tilsetning i stipendiatstillinger og egne forskerlinjer i grunnutdanningen i medisin. Effekten av forskerlinjene blir tidligst synbar om 6–10 år. Konklusjonen blir derfor at tiltak som var nødvendige for å snu den negative utvikling, ikke ble satt i verk.

Som påpekt av LVS (Forening for leger i vitenskapelige stillinger) ved mange anledninger, er det lavt lønnsnivå og dårlige arbeids- og forskningsvilkår som er hovedårsakene til den sviaktende rekrutteringen av leger til medisinsk forskning. Dette ble nylig bekreftet i en rapport fra Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU) (5).

Det er svært uheldig når antall personer med medisinsk fagbakgrunn blir for lavt innenfor et medisinsk forskningsfelt. De samme forhold gjelder også for medisinsk undervisning. Også der er det en nedre grense for antall kvalifiserte lærere med medisinsk fagbakgrunn for at grunn- og videreutdanning av leger og annet helsepersonell skal bli tilfredsstillende.

Så langt foreligger det ingen konkrete planer om hvilke strategiske tiltak myndighetene vil velge for å snu dagens situasjon med mange ubesatte stillinger i akademisk

medisin og med økende rekruttering av forskere med ikke-medisinsk bakgrunn til vitenskapelige stillinger ved de medisinske fakulteter. Særlig i de kliniske fagene kan dette bli problematisk.

Det er universitetene og helseforetakene som er arbeidsgivere for leger i vitenskapelige stillinger, og som etter vår oppfatning må være pådrivere i arbeidet med å snu rekrutteringskrisen i akademisk medisin. Å gi høyere lønn til leger i akademisk medisin innebærer en politisk prioritering. Det er i arbeidsgivers interesse å beholde og rekruttere høyt kompetente medisiner til vitenskapelige stillinger ved universitets- sykehusene og de medisinske fakultetene. Ved lønnsforhandlingene høsten 2002 ble kravet om en «særpott» for leger i akademisk medisin avvist av staten – et dårlig signal like før lønnsoppgjøret mellom helseforetakene og NAVO. Resultatet er at lønnsgapet mellom leger i kliniske og akademiske stillinger, spesielt i basalfagene, vil øke, noe som vil forsterke flukten av leger fra akademisk medisin ytterligere.

Bunnen er antakelig ikke nådd. Den dårlige rekrutteringen og flukten av leger fra akademisk medisin vil fortsette med mindre man setter inn tiltak som virker.

Anna Midelfart

Forening for leger i vitenskapelige stillinger

Litteratur

1. Nes M, Røttingen J-A. Leger og forskning – når er bunnen nådd? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 344–5.
2. Midelfart A, Faxvaag A, Pettersen HB, Schei B. Arbeids- og lønnsvilkår for amanuenser og lektorer i medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3231–4.
3. Midelfart A. Lønns- og arbeidsvilkår for vitenskapelige mellomstillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1725–7.
4. Røttingen JA, Thorsby P, Seem C, Gautvik KM. Medisinsk forskning ved norske universiteter. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2339–43.
5. Tvede O. Medisinske og odontologiske spesialiteter ved norske læresteder: Status og vurdering av rekrutteringsforholdene til forskning. NIFU skriftserie nr. 14/2002. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 2002.

Hvorfor beholde spesialiteten i barnekirurgi?

Norsk barnekirurgi har lang tradisjon (1). Barnekirurger opererer sjeldne og komplekse tilstander hos barn, mens vanlige tilstander som appendisitt, lyskebrokk og testisretensjon stort sett behandles av generelle kirurger eller andre grenspesialister. Barnekirurgiske tilstander er ofte alvorlige og sjeldne, og man trenger derfor mange år i faget for å oppnå et solid personlig erfaringsgrunnlag.

Høsten 2002 anbefalte et utvalg oppnevnt av Nasjonalt Råd at spesialiteten i barnekirurgi skulle fjernes og arbeidsoppgavene overføres til kirurger i de øvrige subspecialiteter (2). Den norske lægeforening har

nedsatt et utvalg som har vurdert utdanningsstrukturen i de kirurgiske fagene. Dette utvalget mener at spesialiteten i barnekirurgi skal opprettholdes (3). Så langt er det ikke fattet noen endelig beslutning om spesialitetens videre fremtid (4).

Som utdanningskandidat i barnekirurgi forstår man raskt at faget er unikt. Barnekirurgi inkluderer nyfødtkirurgi, barne-nevrologi, onkologisk kirurgi og medfødte misdannelser. Mange misdannelser omfatter flere organsystemer, og mange barnekirurgiske akuttinngrep krever kirurg. Stadig flere misdannelser oppdages prenatalt, og barnekirurger er viktige ved prenatal informasjon og perinatalmedisinsk behandling. De fleste barna har livsløpstilstander og trenger langvarig oppfølging av kompetent og interessert kirurg som har god kontakt med andre spesialister som barnelege, barneradiolog og barnepsykiater.

Spesialiseringen innenfor barnekirurgi har vært ledsaget av redusert sykkelighet og dødelighet (5). Volum-kvalitet-relasjonen antas å ha betydning for denne gunstige utviklingen.

Praktisk talt alle EU-land samt USA, Canada og Australia har barnekirurgi som hoved- eller grenspesialitet. For å holde god faglig standard er det viktig med gode internasjonale relasjoner. Som spesialist i barnekirurgi er det langt enklere å kunne jobbe som barnekirurg i utlandet enn med bakgrunn i annen kirurgisk subspecialitet. UEMS (Union of European Medical Specialists) arrangerer internasjonal eksamen i barnekirurgi, og terskelen for å ta denne er lavere dersom man på forhånd er spesialist i barnekirurgi.

Jeg frykter at rekruttering til det barnekirurgiske fagfelt vil kunne bli dårligere hvis man fjerner spesialiteten i barnekirurgi fordi gastrokirurger, thoraxkirurger og urologer må bruke mange år på ytterligere utdanning for å få erfaring med barnekirurgiske tilstander. For å sikre at norske barn skal få like god behandling som ellers i Europa, mener undertegnede, med bred støtte i det norske barnekirurgiske miljøet, at spesialiteten i barnekirurgi må beholdes (4).

Hans Skari

YLF-representant i Spesialitetskomiteen i barnekirurgi

Litteratur

1. Knutrud O. Barnekirurgien som egen spesialitet og dens plass i vårt sykehusvesen. Tidsskr Nor Lægeforen 1964; 84: 321–5.
2. Gjennomgang av spesialitetsstrukturen i kirurgi. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, 2002.
3. Løvig T, Bjørnland K, Lindahl AK, Næss HP, Sand TE, Seem E et al. Utredning av spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag. Oslo: Den norske lægeforening, 2003.
4. Johannessen LB. Barnekirurgi – en truet spesialitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 699.
5. Adzick NS, Nance ML. Pediatric surgery. First of two parts. N Engl J Med 2000; 342: 1651–7.