

kjønnsdiskriminering. Det er et generelt samfunnsproblem og en trussel mot kvinners helse om kvinner systematisk tilbys dårligere utredning og behandling enn menn.

Artikkelen til Melberg og medarbeidere (1) bygger på data fra 343 kvinner, 566 menn og fire pasienter med ukjent kjønn, alle innlagt ved 17 av 30 inviterte sykehus. Totalt sett var det ingen kjønnsforskjell hva gjaldt medikamentell behandling. 66 kvinner (19 %) og 112 menn (20 %) fikk trombolysebehandling ($p = 0,84$), men 82 % av kvinnene kontra 58 % av mennene fikk streptokinase ($p < 0,001$) (tab 4). Kun 11 kvinner kontra 50 menn fikk reteplase/alteplase, som er nytt og dyrt. Tallgrunnlaget for generelle konklusjoner om kjønnsdiskriminerende medikamentvalg er derfor svakt.

Kvinner ble i mindre grad enn menn utredet med koronar angiografi (27 % vs 43 %, $p < 0,001$). Tallene er ikke aldersjusterte. Andelen koronarutredede sank dramatisk og like mye med alderen hos begge kjønn (tab 5). Blant 70–79-åringer ble henholdsvis 31 % og 32 % utredet, og blant dem over 80 år henholdsvis 9 % og 6 %. Kvinnene var i gjennomsnitt åtte år eldre. 36 % av kvinnene, men bare 19 % av mennene, var 80 år eller mer. Det er kjønnsforskjellen i alderssammensetning, og ikke kjønnsdiskriminering, som er hovedgrunnen til den observerte kjønnsforskjellen for koronar angiografi.

I aldersgruppen 50–59 år var det imidlertid en signifikant kjønnsforskjell i kvinners disfavør. 12 av 38 kvinner (32 %) og 76 av 112 menn (68 %) ble utredet med angiografi. Det lave antallet personer i aldersgruppen umuliggjør generelle konklusjoner. Hvis de fire med ukjent kjønn var koronarutredede kvinner med alder 50–59 år, ville andelen utredede kvinner øke fra 32 % til 38 %.

Artikkelen inneholder metodologiske svakheter, selektive fortolkninger og unøyaktigheter. Tabell 3 og 4 etterlater tvil om antall pasienter i gruppene. Summering av første- og andregangsinfarkt og ustabil angina gir 916, ikke 913, pasienter. Var det 12 (18 %) eller 54 (82 %) kvinner som fikk streptokinase? Hvorfor mangler troponinstatus for (ca.) 80 infarktpasienter? Undersøkelsen omfatter åtte uker i 2000, men det står ukommentert at kardiologisk utredning og behandling har gjennomgått store endringer siden da.

Beskyldninger om kjønnsdiskriminerende praksis er alvorlig. Slike anklager må hvile på et solid tallmateriale. Etter vår vurdering er tallgrunnlaget spinkelt og analyser og tolking beheftet med svakheter.

Inger Njølstad
Anne Elise Eggen
Maja-Lisa Løchen
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Melberg T, Thoresen M, Hansen JB et al. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2925–8.
2. Hjerteskye kvinner blir diskriminert. Dagbladet 3.11.2005.
3. Kvinner i hjertekø blir diskriminert. Aftenposten 3.11.2005.
4. NRK Radio www.nrk.no/nyheter/innenriks/5200982.html (4.11.2005).

T. Melberg og medarbeidere svarer:

Vår artikkel i Tidsskriftet (1) utløste en mediestorm som vi ikke hadde mulighet til å kontrollere, ei heller korrigere. Vi vil derfor primært kommentere forhold som angår artikkelen i Tidsskriftet. Datainnsamlingen tilsvarte MONICA- og GRACE-studienes retrospektive metode, som både har sine styrker og svakheter (2). Vi har så langt som mulig fulgt de anbefalinger som gjelder for gjennomføring av registre og surveyundersøkelser (3). Ifølge Norsk pasientregister (www.npr.no) ble 4 106 pasienter i Norge utskrevet med hjerteinfarktdiagnose (DRG 121, DRG 122 og DRG 123) i fjerde kvartal av 2000. Dette vil si at vi i vårt materiale har data fra ca. 15 % av disse. I tilsvarende internasjonale studier innsamles oftest bare en brøkdel av dette. Tabellene inkluderer alle målte konsistente verdier fra alle sentre.

Når det gjelder kjønns- og aldersaspekter, er disse kommentert i et tidligere tilsvarende (4). Det stemmer at vi ikke presenterer aldersjusterte andeler for angiografi, men vi aldersjusterte analysen, som presentert i artikkelen tabell 6 (1). Sannsynligheten for at alle fire med ukjent kjønn skulle være kvinner i 50-årene og være koronarutredet, er meget liten. I virkeligheten var disse pasientene henholdsvis 42, 58, 79 og 83 år gamle, hvorav kun den yngste ble angiografert.

Vi har tolket det som reinfarkt under samme opphold der det på noen få skjemaer var gitt opplysninger om både førstegangs- og annengangsinfarkt. Det er for øvrig 99 % overensstemmelse mellom ICD-10-kode og medisinsk infarkt-diagnose i materialet. Manglende troponinstatus ved infarkt synes å være en misoppfattelse av spørreskjemaet ved enkelte sentre. Det ligger ingen kjønns- eller aldersbias skjult her.

Det er riktig som Njølstad og medarbeidere påpeker at antall invasive utredninger har økt betydelig de siste årene, vesentlig på pasienter med akutt koronarsyndrom (5). Vi har imidlertid lite data på kjønns- og aldersfordeling. Ifølge Norsk pasientregister var 39 % av alle som ble utskrevet med infarktdiagnose i 2004, kvinner. Kvinneandelen blant dem som fikk utført perkutan koronar intervensjon (PCI; DRG 112), var 25 % i 2000 og 27 % i 2004. Underdiagnostisering, underbehandling og underrepresentasjon av kvinner i studier er et stort tema i utlandet (6), senest på både den europeiske

og den amerikanske hjertekongressen høsten 2005. Etter vår mening er det viktig å få belyst også norske forhold, ikke minst at vi også her i landet har oppmerksomheten rettet mot kvinner og koronarsykdom. Tross sine begrensninger mener vi at vår studie har bidratt til dette.

Tor Melberg

Stavanger universitetssjukehus

Magne Thoresen

Universitetet i Oslo

John-Bjarne Hansen

Universitetssykehuset Nord-Norge

Arne Westheim

Ullevål universitetssjukehus

Litteratur

1. Melberg T, Thoresen M, Hansen J-B et al. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2925–8.
2. Tunstall-Pedoe H. Problems with criteria and quality control in the registration of coronary events in the MONICA study. Acta Med Scand Suppl 1988; 728: 17–25.
3. Alpert JS. Are data from clinical registries of any value? Eur Heart J 2000; 21: 1399–401.
4. Melberg T, Thoresen M, Hansen J-B et al. Behandling av pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus. Tilsvarende. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3522.
5. Melberg T, Svennevig JL. Koronare intervensjoner i Norge 2003. Hjerteforum 2005; nr. 4: akseptert for publisering.
6. Risøe C. Fokus på kvinnehjert. Hjerteforum 2005; nr. 2: 16–17.

Apotekene har spart pasient og folketrygd for 500 millioner kroner

Trinnprissystemet for generiske legemidler ble innført fra 1.1. 2005 etter enstemmig vedtak i Stortinget. Ordningen gjør at trygdens refusjonspriser kuttes kraftig straks patenttiden går ut og stabil generisk konkurranse er etablert, samtidig som legemiddelgrossistene i de vertikalt integrerte apotekkjedene garanterer at hele markedet får legemidler til trinnpris.

Gjennom årene har myndighetene iverksatt ulike innsparringstiltak på legemiddelområdet. Disse har vært til dels omstridte og gitt beskeden innsparringseffekt. Trinnprissystemet representerer noe nytt: Et innsparringstiltak som ikke er spesielt omstridt og som gir betydelige innsparinger. Undersøkelser vi har foretatt, med utgangspunkt i NAFs bransjestatistikk, viser at innsparingen i 2005 har vært omtrent som forutsatt av Stortinget, dvs. ca. 500 millioner kroner. Regjeringen legger dessuten til grunn i sitt budsjettforslag for 2006 at trinnprissystemet vil bidra med ytterligere 200 millioner kroner i innsparring i 2006. Samlet innsparring anslås dermed til ca. 700 millioner kroner.

At trinnprissystemet er effektivt, underbygges av en internasjonal prissammenlikning som er foretatt av analysefirmaet IMS Health på oppdrag fra NAF og som viser at

priser på ikke-patenterte legemidler i Norge er lave. Av referanselandene som Legemiddelverket bruker når maksimalpriser på patenterte legemidler fastsettes, er det bare Danmark som tilsynelatende har like lave priser.

Ovenstående står i skarp kontrast til det bildet Ola Lones fra MSD Norge forsøkte å tegne i sitt innlegg i Tidsskriftet nr. 22/2005 (1). Allerede før trinnprissystemet ble implementert, varslet NAF departementet om det forholdet Ola Lones peker på – at systemet i visse tilfeller gir en mulighet til å skyve noe av pasientens egenbetaling over på trygden. Vi har gjentatte ganger tatt opp dette med Helse- og omsorgsdepartementet, og vi har grunn til å tro at departementet vil endre regelverket på dette punktet. Vi legger til at vår bransjestatistikk gir få holdepunkter for å hevde at denne systemsvakheten benyttes i nevneverdig omfang.

Generiske bytter er bytter mellom legemidler som fagmyndigheten Legemiddelverket har definert som like. Anledningen til generiske bytter har styrket apotekkjedens innkjøpsposisjon overfor legemiddelinindustrien. Det er dette som har gitt grunnlag for priskutt på ca. 700 millioner kroner. Verken pasienter, stat eller apoteknæringen har tapt på dette. De som taper på ordningen, og som har interesse av å fremstille trinnprissystemet og generiske bytter i et uheldig lys, er legemiddelfirmaer med produkter som går av patent. Trinnprising og anledning til generisk bytte i apotek gjør nemlig at de må redusere sine priser.

Kai Finsnes

Norges Apotekerforening

Litteratur

1. Lones O. Staten taper penger på generisk bytte. Tidsskr Nor Lægeforen 2005, 125: 3154.

Ola Lones svarer:

Jeg takker for kommentaren til mitt leserinnlegg (1) fra Norges Apotekerforening og er glad for at apotekbransjen støtter mitt syn om at trinnprissystemets muligheter for å skyve pasientens egenandelsbetaling over på trygden bør stoppes.

Ola Lones

MSD (Norge) AS

Litteratur

1. Lones O. Staten taper penger på generisk bytte. Tidsskr Nor Lægeforen 2005, 125: 3154.