

Med uttrykket «enighet om at full helbredelse av brystkreft bare er mulig i stadium 1» mente vi at mammografiscreening ikke kan redusere risiko for spredning i de andre stadiene; spredningen har allerede skjedd. Vi er ellers enig i at adjuvant behandling kan redusere dødeligheten. For øvrig var tamoksifen ikke i vanlig bruk for 20 år siden.

Rutqvist kritiserer oss for å anta at norske tall for stadiefordeling og stadiespesifikk relativ overlevelse ikke gjelder for kontrollgruppen i Sverige. Vi gjentar her hva som allerede er dokumentert i vår artikkel:

Vi utledet stadiefordelingen for WE-studien fra to artikler av Tabár og medarbeidere (1, 2) og fant at det var godt samsvar mellom stadiefordelingen i Norge og stadiefordelingen i WE-studiens kontrollgruppe.

Et gjennomgående problem med å analysere WE-studien er at publiserte data ikke stemmer overens fra artikkel til artikkel og at man ikke får tilgang på data når man ber om det. For eksempel er andelen svulster med spredning i kontrollgruppen angitt å være 38,5% i originalartikkelen (2) og 45% i en senere artikkel (1). Både vi og andre har derfor foreslått at WE-studien burde vært gransket av uavhengige forskere (3, 4).

Vi skriver at stadiespesifikk brystkreftdødelighet i Sverige aldri har vært registrert. Den kan derfor heller ikke dokumenteres. Vi dokumenterer derimot at insidens og totaldødelighet var lik i Norge og Sverige. I fravær av studier som dokumenterer at den stadiespesifikke dødelighet er forskjellig i de to landene, må det være rimelig å anta at den er lik.

Oslo

*Per-Henrik Zahl
Branko Kopjar
Jan Mæhlen*

Litteratur

1. Tabár L, Fagerberg G, Duffy S, Day N, Gad A, Gröntoft O. Update of the Swedish two-county program of mammographic screening for breast cancer. *Radiol Clin North Am* 1996; 30: 187–210.
2. Tabár L, Fagerberg CJG, Gad A, Baldentorp L, Holmberg LH, Gröntoft O et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *Lancet* 1985; 1: 829–32.
3. Einhorn J. Gör en oberoende utvärdering av mammografiverksamheten! *Läkartidningen* 2000; 97: 1366–7.
4. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer justifiable? *Lancet* 2000; 355: 129–34.

Kostnadseffektiv legemiddelbruk – tiazider er fortsatt tilgjengelige

Vi viser til innlegg av Eivind Meland & Peter Wapler i *Tidsskriftet* nr. 17/2001 (1) samt svar fra Gro Ramsten Wesenberg & Steinar Madsen i *Tidsskriftet* nr. 18/2001 (2) om tilgjengeligheten av tiazider på det norske markedet. I disse innleggene vises det til en oversiktsartikkel av Knud Landmark (3) og

en senere artikkel av noen av landets ledende spesialister på høyt blodtrykk (4). Det konkluderes med at til tross for at de nyere blodtrykksmidler ikke har bedre effekt hva gjelder kardiiovaskulær sykdom og død, er det siste gjenværende hydroklortiazidpreparatet på det norske markedet, Dichlotride, i ferd med å bli fjernet.

For å unngå usikkerhet som i neste omgang kan ramme pasienter, ønsker MSD (Norge) AS å gjøre oppmerksom på at i de store studiene det refereres til og hvor hydroklortiazid har vært involvert, har dette vært i kombinasjon med et kaliumsparende diuretikum, amilorid (STOP-2, INSIGHT). MSD har denne kombinasjonen under handelsnavnet Moduretic Mite (hydroklortiazid 25mg/amilorid 2,5 mg, MSD). Moduretic Mite har vært tilgjengelig i Norge siden 1984. Det foreligger heller ingen planer om avregistrering. Vi mener mange av de nevnte pasienter som trenger hydroklortiazid, kan bli godt hjulpet av Moduretic Mite, selv om Dichlotride også etter hvert vil bli avregistrert i Norge, som et av de siste land i Europa.

I de nevnte artikler (3, 4) er flere andre tiazider enn hydroklortiazid benyttet. Vi vil for ordens skyld gjøre oppmerksom på at bendroflumetiazid fortsatt er registrert i Norge.

For oss i MSD (Norge) AS var den plutselige oppmerksomheten rundt hydroklortiazider og spesielt Dichlotride uventet, i og med at Moduretic Mite og bendroflumetiazid er tilgjengelig i Norge. MSD har kunnet levere Dichlotride til ganske nylig, mens alle produsenter av generika for lengst har trukket sine versjoner fra markedet.

Vi håper dermed at vi har oppklart hvilket hydroklortiazid som i alt vesentlig har stått for dokumentasjon og bruk, nemlig Moduretic Mite. Videre håper vi at vår klargjøring av aktuelle løsninger i forbindelse med leveringsproblemer og forestående avregistrering tydeliggjør at hensikten aldri har vært å avregistrere Dichlotride for å få pasienter over på mer moderne og dyrere behandlingsalternativer, slik enkelte har hevdet i debatten.

Drammen

Lars Lund-Roland

Litteratur

1. Meland E, Wapler P. Statens legemiddelverk og ansvaret for kostnadseffektiv legemiddelbruk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2094.
2. Wesenberg GR, Madsen S. Kostnadseffektiv legemiddelbruk – hva kan Statens legemiddelverk gjøre? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2207.
3. Landmark K. Er de nye antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 701–5.
4. Kjeldsen S, Syvertsen JO, Lund-Johansen P, Hildebrand P, Hansson L. Sammenlikning av forebyggende effekt av «nye» og «gamle» blodtrykksmedisiner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1374–6.

E. Meland & P. Wapler svarer:

I sommer rettet flere leger en henvendelse til MSD Norge fordi vi hadde mistanke om at firmaet henviste til leverings- og produksjonsproblemer som et påskudd til å avregistrere det eneste gjenværende hydroklortiazid på det norske markedet. Vi mottok et svar på vår henvendelse med følgende ordlyd: «MSD (Norge) AS arbeider aktivt overfor hovedkontoret for å få produksjonen i gang igjen så snart som mulig.» Lars Lund-Roland bekrefter nå at MSD Norge ønsker å avregistrere Dichlotride, og det er tydelig at anstrengelser for å få preparatet tilbake til det norske marked er fraværende. Selvfølgelig ønsker MSD Norge å få pasienter over fra rimelig og kunnskapsbasert medikasjon til dyrere alternativ. Da Moduretic ble avregistrert for noen år siden, hadde firmaet en stor kampanje om hvordan pasientene kunne behandles med Renitec i stedet. Opplysningen om at Moduretic Mite fortsatt var i handelen fant man med liten skrift godt bortgjemt i annonsene.

Vi mener det er innlysende at MSD arbeider for å maksimere sin profitt. Det er jo derfor vi har et marked. Vår betenkelighet knytter seg først og fremst til det forhold at helsemyndighetene og Statens legemiddelverk ikke engasjerer seg sterkere og ikke har tilstrekkelige maktmidler til å sørge for at norske leger og pasienter får adgang til kostnadseffektiv legemiddelbehandling. I en orientering fra Legemiddelverket (1) blir ansvaret for sparsommelighet og vurderinger av kostnadseffektivitet tillagt den praktiserende lege. Imidlertid har juridisk avdeling i Legeforeningen gitt tydelig uttrykk for at lovverkets krav om sparsommelighet også gjelder leger i offentlige stillinger og i tilsynsmyndighetene.

Vi har bedt om at Statens legemiddelverk tar kontakt med MSD Norge for å tydeliggjøre hvorfor det er nødvendig å ha hydroklortiazid på markedet uten i kombinasjon med et kaliumsparende legemiddel (2). Det er å håpe at Legemiddelverket nå engasjerer seg. Når det er sagt, vil vi også be MSD ta sitt ansvar som markedsaktør alvorlig. Det tar seg dårlig ut å gi villedende og feilaktige opplysninger til et stort antall praktiserende leger som i sommer henvendte seg til firmaet med oppfordring om å opprettholde markedsføringen av Dichlotride.

Bergen/Haugesund

*Eivind Meland
Peter Wapler*

Litteratur

1. Wesenberg GR, Madsen S. Kostnadseffektiv legemiddelbruk – hva kan Statens legemiddelverk gjøre? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2207.
2. Meland E, Wapler P. Kostnadseffektiv legemiddelbruk – hva kan Statens legemiddelverk gjøre? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2207.