

Undertegnede savner nykterhet i vurderingen av forskningsresultater og statistisk signifikante relativ risiko-enderinger. Vi må ikke kaste alle nye effektive medisiner på båten fordi de har bivirkninger.

Jeg synes man bør innføre et nytt begrep i forskningens verden, nemlig Number Needed To Not Treat (NNTNT). Hvor mange pasienter med invalidiserende revmatoid artritt må man unnlate å behandle for at en av dem skal unngå hjerteinfarkt eller slag? Hvor mange kvinner med prevensjonsbehov må man unnlate å gi Marvelon eller Yasmin for at en av dem skal unngå å få tromboembolisk komplikasjon i form av dyp venetrombose eller lungeemboli?

Til dem som argumenterer med at det finnes eldre og «tryggere» preparatalternativer som kan brukes i stedet: Man vet ikke om de eldre preparatene er tryggere, fordi de aldri er blitt undersøkt like grundig og aldri kommer til å bli undersøkt like grundig. Dette skyldes at den farmasøytiske industri ikke tjener penger på gamle medisiner, og at vi ikke kan ta ifra pasienter medisiner de har stått på i tiår selv om de har statistisk signifikant økt risiko for alvorlige bivirkninger.

Stig Hill

Sørlandet Sykehus

Statlig styring av bivirkningsinformasjon

I løpet av neste tiårsperiode vil legemiddelindustrien bare i Norge omsette legemidler for et hundretall milliarder kroner og bruke et titall milliarder kroner på markedsføring. Avisen *Los Angeles Times* stilte nylig på lederplass et betimelig spørsmål: «Når så mye står på spill, hvilke statlige vaktbikkjer er det som beskytter forbrukerne? Uheldigvis, de er mer chihuahuaer enn rottweilere» (1). Den amerikanske legemiddelkontrollen FDA er tildelt kun 33,4 millioner dollar for budsjettåret 2006 til å overvåke sikkerheten for de legemidler som allerede er på markedet, en almisje ved siden av de 12,4 milliarder dollar som brukes i forvaltningens krig mot illegale substanser.

To senatorer, republikaneren Charles Grassley og demokraten Christopher Dodd, har foreslått å opprette et eget senter for evaluering og gransking av legemidler etter at de er kommet på markedet, og som kan kreve at det utføres nye kliniske forsøk eller

å trekke legemidler fra markedet. Dodd og Grassley hevder at den nåværende organisering av FDA skaper interessekonflikter, fordi kontrollorganet som godkjenner et nytt legemiddel, også har ansvaret for sikkerhetsovervåking straks det er kommet på markedet, og dermed må vurdere hvorvidt de selv har begått feil i den innledende gransking av legemiddelforsøkene. De statlige kontrollorganer er ikke bare sterkt underfinansiert, men de mangler også myndighet til å kreve at leger og sykehus rapporterer «uheldige hendelser».

Norske leger påvirkes i stor grad av den reklamepregede informasjon som de mottar fra omtrent 800 registrerte legemiddelkon-sulenter (personlig meddelelse fra Legemiddelindustrien 24.5. 2005) (2). Undersøkelser viser at omtrent halvdel av de mennesker som f.eks. får forskrevet et av de såkalt nyere antidepressiver, egentlig ikke har noen form for depresjonssykdom (3). Dersom myndighetene ønsker at publikum skal kunne motta habil bivirkningsinformasjon, må godkjenning og overvåking av legemidler legges til to separate enheter, slik at dette risikomomentet elimineres.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet koster unødvendige legemiddelrelaterte skadevirkninger samfunnet flere milliarder kroner årlig (4). Hvorfor investeres det ikke da i økt pasientsikkerhet som ifølge undersøkelser skal kunne mer enn halvere risikoen for alvorlige bivirkninger (5, 6)?

Svein Reseland

Hosle

Litteratur

1. Letting the dogs out. *Los Angeles Times*. 26.4. 2005.
2. Hollon MF. Direct-to-consumer advertising: a hazardous approach to health promotion. *JAMA* 2005; 293: 2030–3.
3. Reseland S. Selektive serotoninreopptakshemmere – skade ikke dokumentert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 731.
4. Feiring E. Lover legene uavhengig informasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 863.
5. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 1997; 54: 554–8.
6. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999; 282: 267–70.

■ RETTELSE

Pseudoaneurisme ved miltskader

Anders M. Hager, Nils-Einar Kløw, Christine Gaarder, Pål Aksel Næss, Jean Baptist Dormagen

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1337

I ovennevnte artikkel i nr. 10/05 tabell 1 er < og > forbyttet. Riktig oppsett skal være:

Tabell 1 Skadegradering. Karskade i form av pseudoaneurisme, AV-fistel eller pågående blødning må beskrives særskilt. Ved flere skader oppgraderes inntil grad III

Grad	Funn	Størrelse
I	Hematom, subkapsulært Laserasjon	< 10 % av overflaten < 1 cm parenkymdybde
II	Hematom, subkapsulært Hematom, intraparenkymalt Laserasjon	10–50 % av overflaten < 5 cm i diameter 1–3 cm parenkymdybde
III	Hematom, subkapsulært Hematom, intraparenkymalt Laserasjon	> 50 % av overflaten > 5 cm i diameter > 3 cm parenkymdybde
IV	Laserasjon	> 25 % devaskularisering
V	Laserasjon	Total devaskularisering