leder og to nestledere, en for Oslo universitetssykehus og en for Akershus universitetssykehus. Ved Oslo universitetssykehus er sykehus- og universitetslinjene likt organisert fra klinikknivå og nedover. Klinikklidere ved sykehuset har det samlede ansvar for all forsknings- og undervisningsaktivitet ved klinikken. Klinikklidere er direkte underlagt administrerende direktør i helseforetaket, men rapporterer gjennom bistilling ved Universitetet i Oslo også til instituttleder for Institutt for sykehusmedisin. Hvis klinikkleider ikke har akademisk bistilling, skal universitetets oppgaver ivaretas av forskningsleder ved den aktuelle klinikken. Hver klinikk skal nemlig ha en forskningsleder som er ansatt i en delt stilling ved Oslo universitetssykehus og universitetet. Oslo universitetssykehus har også opprettet et forskningsutvalg og et undervisningsutvalg der universitetet er representert. Forskningsutvalget skal fungere som et rådgivende organ for helseforetak og universitet.

Fakultetet har mer enn 700 vitenskapelig ansatte med arbeidsplass i Oslo universitetssykehus. Disse får nå en felles rapporteringslinje opp til klinikklidernivået. Før denne omorganiseringen hadde fakultetet ikke noe formelt nivå under fakultetdivisjonsleder. Dette kunne bety at noen fakultetdivisjonsledere kunne ha flere hundre ansatte som rapporterte direkte til seg. Dette var ingen god ordning verken for fakultetsleder eller for den enkelte ansatte. Det sier seg selv at det ikke var mulig å gjennomføre medarbeidersamtaler med så mange ansatte. Nå tror vi det skal være mulig å få dette til, fordi universitetets organisering innad i sykehuset for første gang vil nå helt ned til forskningsmiljøene og den enkelte universitetsansatte.

Petter Gjersvik har rett i at den gamle ordningen, der professorer i full stilling også var sjef for Rikshospitalets avdelinger, er en saga blott. Dette var imidlertid slett ikke alltid noen god struktur for gjennomføring av forskning og undervisning, fordi fakultetet hadde for liten mulighet til å påvirke fagmiljøene og fordi universitetsfunksjonene for ofte ble nedprioritert i en krevende pasientrettet virksomhet. Med den nye organisasjonsstrukturen mener vi at både fakultetets og de universitetsansattes interesser blir bedre ivaretatt.

Erlend B. Smeland
Oslo universitetssykehus

Frode Vartdal
Finn Wisløff
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Gjersvik P. Et fakultet styrt av kliniksjefer. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2628–9.

Ledelse og akademisk kompetanse

I Tidsskriftet nr. 2/2010 ønsker Ola Didrik Saugstad seg tilbake til den tid da de vitenskapelig best kvalifiserte også hadde toppstillingene ved universitetssykehusene (1). Det kunne nok fungere den gang de formelle lederkravene, inkludert økonomi- og personalansvar, var betydelig mindre. Når nå klinikkene er på størrelse med middels store bedrifter, med 700–2 500 ansatte, vil det være altfor krevende både å være toppleder og i vitenskapsfronten. De fleste vil måtte velge hvor de vil sette inn hovedtyngden av sine personlige ressurser. Vi tror ikke det ville være riktig for våre toppforskere hvis de ved siden av krevende forskningsledelse skulle ta på seg den tunge belastningen det er å lede store klinikker. Ledergruppene i Oslo universitetssykehus skal imidlertid samlet ha betydelig vitenskapelig kompetanse. De nye forskningslederne i hver klinikk vil dessuten være viktige koordinatorene for forskningsaktiviteten og for samordning mellom Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

Saugstads påstand om at fremskritt i norsk medisin og profilerte medisineres deltakelse i offentligheten forutsetter professor I-stillinger ved fakultetet, faller på sin egen urimelighet. Vi forstår heller ikke helt hva han mener når han hevder at fakultetets organisasjon vis-à-vis Oslo universitetssykehus representerer et ukontrollert medisinsk eksperiment som vil svekke den medisinske forskningen. Tvert imot: vi mener denne nye organisasjonsstrukturen vil muliggjøre en tettere integrasjon mellom fakultet og sykehus, til beste for både forskning og undervisning.

Samlet sett forvalter Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus store ressurser og har et betydelig ansvar for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Vi mener de endringene som nå er gjort ved Det medisinske fakultet og ved Oslo universitetssykehus samlet sett gir et meget godt grunnlag for å ivareta en ambisiøs målsetting om å styrke både universitet og helseforetak som forskningsinstitusjoner.

Erlend B. Smeland
Oslo universitetssykehus

Frode Vartdal
Finn Wisløff
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Saugstad OD. Håndplukkede ledere betyr truet faglighet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 133.

Misvisende om lederutnevning i Oslo universitetssykehus

I Tidsskriftet nr. 2/2010 fremfører Ola Didrik Saugstad nok en gang tendensiøse opplysninger om hvordan ledere i Oslo universitetssykehus utnevnes (1). Saugstad konstaterer at dagens ledere er håndplukket av direktøren, og han er ikke i tvil om at det dreier seg om en kvalitetsreduksjon «fordi sjefer har en tendens til å ansette folk med lavere kompetansenivå enn dem selv». Det skulle vært interessant å se dokumentasjon for disse gufne og ubegrunnede påstandene. For kolleger som ikke kjenner ansettelsesprosedyrene i stillinger der stillingsinnehaveren har mer enn én arbeidsgiver, kan imidlertid Saugstads leserbrev etterlate inntrykk av at Det medisinske fakultet har abdisert fra å ansette sine egne professorer. Dette er selvsagt ikke tilfelle. I fortiden var det slik at avdelingssjefene ved Rikshospitalet satt i hovedstilling ved universitetet og bare i bistilling på sykehuset. Denne eien-dommelige praksisen ville sykehuset naturlig nok ikke kontinuere, og for atskillige år tilbake meddelte Rikshospitalet fakultetsledelsen om at de ikke lenger ville tilsette klinikk- eller avdelingsledere som ikke i hovedstilling var ansatt ved sykehuset. Saugstad fremstiller det som en svakhet fra fakultetets side at de aksepterte dette. Jeg spør: hvilken moderne organisasjon ville akseptere at deres egne administrativt og økonomisk ansvarlige ledere hadde en annen hovedarbeidsgiver?

En helt annen sak er at så vel sykehus som fakultet hele tiden har vært bevisst på den gjensidige interessen de har av å finne et mest mulig sømløst samarbeid. Derfor satte fakultet og sykehus seg ned til omfattende forhandlinger som førte frem til en avtale der alle sider av samarbeidet er ivare tatt. En viktig del av avtalen er å sikre at de øverste lederne i bistilling har en bistilling ved fakultetet. Betydningen av dette for å sikre satsing på forskning og undervisning på alle plan burde ikke være nødvendig å begrunne nærmere. Forutsetningen for at en ellers kompetent leder kan bli professor, er selvsagt at vedkommende er kompetent til å inneha stillingen. Hovedregelen er at stillingene skal lyses ut som lederstilling og professor II samtidig. Har man søkt en slik stilling og er kompetent som professor, blir man tilsatt i professoratet. Er man ønsket i lederstillingen, men mangler professorkompetanse, blir man selvsagt ikke professor II. Så enkelt er det. Og bare for å presisere: Oslo universitetssykehus har naturlig nok ingen formell plass i ansettelsen av de mange kolleger som arbeider i stillinger ved sykehuset der universitetet er hovedarbeidsgiver. Hvis de eventuelt skal ansettes i en bistilling ved sykehuset, fungerer avtalen symmetrisk. Universitetet bestemmer hvem som skal ansettes og ved-

kommende kan også få ansettes i bistillingen hvis sykehuset finner vedkommende kompetent.

Skal universitetet på ny få anledning til selv å bestemme hvem som skal sitte i toppstillinger ved sykehuset, må universitetet overta sykehusene.

Stein A. Evensen
Universitetet i Oslo
og
Oslo universitetssykehus

Litteratur

1. Saugstad OD. Håndplukkede ledere betyr truet faglighet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 133.

Dr. Jekyll og mr. Hyde

I boken *Penger og verdier i helsetjenesten* (1) har Jan C. Frich skrevet om dr. Jekyll og dr. Hyde, og disse omtales også i et intervju i Tidsskriftet nylig (2). Om det skyldes uvitenhet fra forfatterens side er uklart, men uansett vil lesere av Robert Louis Stevenson vite at dr. Jekylls onde alter ego het mr. Hyde, og slett ikke var lege (3). I romanen fremstilles han som negasjonen av den forfinede og sosialt respekterte dr. Jekyll: et monster av et menneske, med en forkroplet kropp og et demonisk sinnelag, uten sosiale skrupler. Det viktorianske samfunn var preget av dualisme, og særlig det øvre samfunnssjikt, legestanden inkludert, var underlagt strenge sosiale normer. Gjennom mr. Hyde kunne dr. Jekyll leve ut sine sosialt uakseptable fantasier, selv om dette dobbeltlivet til slutt gjorde ende på ham. Leger som tar mer hensyn til sykehusets budsjetter enn til pasientens tarv må gjerne fremstilles som kyniske, men å gi dem monsterstatus i stensonsk forstand er vel å gå litt for langt.

Robin Holte Dahl
Oslo

Litteratur

1. Wilmar B, Bruusgaard P, Frich JC. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
2. Tveito M. Med kunst i kofferten. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2662–3.
3. Stevenson RL. *The Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde*. London: Penguin Popular Classics, 1994.

Protonpumpehemmere gir ikke magekreft

Helge Waldum fremsetter en rekke udokumenterte påstander i Tidsskriftet nr. 21/2009 vedrørende protonpumpehemmere (1). Hans innlegg er unyansert og vil bidra til å skape frykt og mistillit til behandlingen vi gir våre pasienter. Reflukssykdom er forbundet med plagsomme symptomer. Fler-tallet av pasientene som kjøper reseptfrie

syrehekkende medikamenter har reflukssykdom og skulle hatt protonpumpehemmere uansett vurdert ut ifra vanlige anbefalinger. Salget av reseptfritt omeprazol er mindre enn 1 % av det totale salget av protonpumpehemmere i Norge.

Få medisinske behandlingstilbud har forbedret livet til en pasientgruppe så gjennomgripende som protonpumpehemmere. Lang klinisk erfaring har vist at de har få bivirkninger. Waldum baserer seg vesentlig på forskningsdata fra 1970-årene om malignitetstutvikling hos rotter som fikk store doser omeprazol. Disse dataene har imidlertid vært grundig evaluert av helsemyndighetene i USA og Europa forut for godkjenning av preparatet. Waldums påstand om produsentpåvirkning finner vi derfor urimelig.

Waldum har i egen forskning funnet at det er en sammenheng med atrofisk gastritt, hypergastrinemi og ECL-cellesvulster i ventrikkelen (2). Gastrinstigningen induisert av protonpumpehemmere er imidlertid langt lavere enn den som foreligger ved atrofisk gastritt. I motsetning til hva Waldum forsøker å antyde, er det ikke siden protonpumpehemmere kom på markedet for snart 20 år siden vært registrert økt forekomst av ventrikkeltumor (3, 4). Store kliniske oppfølgingsstudier finner kreft som forventet i en normalpopulasjon, men ventrikkeltumor har avtatt i insidens i hele den perioden vi har hatt protonpumpehemmere. I en nordisk studie fant man etter fem år og ti år utvikling av ECL-cellehyperplasi og atrofi i oksyntisk mucosa hos subgruppen av *Helicobacter pylori*-infiserte pasienter, men ingen tumorer, og enkelttilfeller av slimhinneatrofi i ventrikkelen er av en type som ikke er forbundet med cancer (5).

Norge ligger lavest i Europa i forbruk av protonpumpehemmere. Allikevel er det utvilsomt både et underforbruk og et overforbruk av disse medikamentene. Reflukssykdom er kronisk, og seponering er sjelden permanent mulig. Den kliniske relevansen av tilbakefall med forverring (acid rebound) er ikke avklart.

Waldum fremsetter i leserbrevet og i en oversiktsartikkel påstander om at de som er uenig i hans syn, har manglende biologisk og medisinsk kunnskap (6). Heldigvis ser man sjelden denne type argumenter i medisinsk litteratur.

Jan G. Hatlebakk
Haukeland universitetssykehus

Frode Lerang
Sykehuset Østfold

Bjørn Moum
Oslo universitetssykehus, Aker

Litteratur

1. Waldum HL. Protonpumpehemmere bør ikke selges reseptfritt. Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129: 2263.
2. Waldum HL, Gustafsson B, Fossmark R et al. Anticancer drugs and gastric cancer. Dig Dis Sci 2005; 50 [suppl 1]: S39–44.

3. Nealis TB, Howden CW. Is there a dark side of long-term proton pump inhibitor therapy? Am J Ther 2008; 15: 536–42.
4. Graham DY, Genta RM. Long-term proton pump inhibitor use and gastrointestinal cancer. Curr Gastroenterol Rep 2008; 10: 543–47.
5. Lundell L, Havu N, Miettinen P et al. Changes in gastric architecture during long-term omeprazole therapy: results of a randomized clinical trial. Aliment Pharmacol Ther 2006; 23: 639–47.
6. Waldum HL, Qvigstad G, Fossmark R et al. Rebound acid hypersecretion from a physiological, pathophysiological and clinical viewpoint. Scand J Gastroenterol; e-publisert PMID: 20001749.

Omega-3 og dødelighet

I Tidsskriftet nr.

20/2009 har A.

Græsdal omtalt

effekten av

omega-3-fett-

syrer til å fore-

bygge hjertesyk-

dom (1). For

effekten på døde-

lighet er GISSI-

Prevenzione-stu-

dien (2) behørig

referert til. Græsdal unnlater å nevne noen problemer med denne studien som det er viktig å få frem. Totalt ble 11 324 pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt randomisert til åpen behandling med omega-3 (n = 2 836), vitamin E (n = 2 830), omega-3 + vitamin E (n = 2 830) eller ingen av delene (n = 2 828) i 3,5 år. Det primære endepunkt var en kombinasjon av død, hjerteinfarkt og hjerneslag. Man utførte en toveis analyse og sammenliknet alle som fikk omega-3 (n = 5 866) med dem som ikke fikk (n = 5 668). I tillegg ble det utført en fireveis analyse som bare inkluderte halvparten av pasientene, der den rene omega-3-gruppen (n = 2 836) ble sammenliknet med kontrollgruppen (n = 2 828).

I toveisanalysen inntraff det primære endepunkt hos 12,6 % i omega-3-gruppen, mot 13,9 % i kontrollgruppen, tilsvarende en relativ risikoreduksjon (RRR) på 10 % (p = 0,048). Græsdal har kun referert til resultatene fra fireveisanalysen (RRR 15 %, p = 0,023). Studien var ikke designet for å vise effekt på mortalitet, som var et sekundært endepunkt. Totalt var det 1 017 dødsfall. Forfatterne delte opp dødsårsakene i subgrupper. Kardiiovaskulære dødsfall ble rubrisert som kardiale, koronare og plutselige. Summen av dødsfall i disse subgrupper ble 1 404, eller 138 % av de totale. For en som ikke har forstått dette, kan det virke som om en del pasienter er representert med flere dødsårsaker. Relativ risikoreduksjon for plutselig død var på 26 % i toveisanalysen, mot hele 45 % i fireveisanalysen.

Forfatterne presenterte så en post hoc reanalyse av dødelighetsdataene tre år senere (3). Antall dødsfall var nå 1 031. 269 hadde plutselig død, mot opprinnelig