

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 forkrøpelt kropp og et demonisk sinnelag, uten sosiale skruper. 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 stevensonsk forstand er vel å gå litt for langt.

Robin Holtedahl
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. Refluksykdom er forbundet med plagsomme symptomer. Fler-tallet av pasientene som kjøper reseptfrie

syrehemmende medikamenter har refluksykdom 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. Refluksykdom 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. Anti-ulcer 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-fettsyrer til å forebygge hjertesykdom (1). For effekten på dødelighet er GISSI-Prevenzione-studien (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. Kardiovaskulære 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

