

paradoks at det å arbeide med pasienter og være faglig oppdatert er blitt annenrangs i forhold til «å lede».

Arnulf Hestnes
Tønsberg

Protonpumpehemmere bør ikke selges reseptfritt

I dag mottok jeg reklame på pantoprazol, som nå tydeligvis er blitt reseptfritt. Selv har jeg lang erfaring med spesiell interesse for ulcusproblematikk. I 1970-årene fulgte vi utviklingen av omeprazol og ville være med på kliniske studier. Disse ble imidlertid stoppet da rottestudier viste karsinoider i ventrikkelen. Produsenten overbeviste nøkkel eksperter og myndighetene om at disse svulstene ikke hadde noen relevans for mennesket, og preparatet ble akseptert. I begynnelsen kun på strenge indikasjoner, men senere er bruken blitt utbredt. Da omeprazol ble akseptert, var det det første stoffet som ble akseptert til klinisk bruk til tross for at det ga cancer i sitt målorgan.

Jeg begynte med forskning på regulering av magesyreproduksjonen midt i 1970-årene. Gastrin er den viktigste mediatoren av måltidsstimulert syresekresjon, og hypoaciditet medfører økt gastrinfrigjøring. I studier på isolert rottemage viste vi at gastrin stimulerer syresekresjonen via histaminfrigjøringen fra ECL-cellen. Denne frigjøringen er avhengig av ECL-cellemassen og er den begrensende faktoren i gastrins syrestimulering. Videre stimulerer gastrin ECL-cellen trofisk. Derfor vil hypergastrinemi pga. syrehemmende behandling nødvendigvis gi tilbakevendende (rebound) hypersekresjon ved opphør av behandlingen.

Vi kunne i 1996 vise at behandling med protonpumpehemmere fører til tilbakevendende hypersekresjon og hevdet at dette kunne være årsaken til økningen i hyppighet og alvorlighetsgrad av reflukssykdom (1). Dette er nå indirekte bekreftet ved en studie der friske studenter fikk reflukssymptomer etter åtte uker med protonpumpehemmere (2).

Svulstene hos rotte etter omeprazolbruk utgår fra ECL-cellen. Hypergastrinemi gir ECL-cellesvulster hos alle undersøkte arter, og i studier av ventrikkelcancer hos menneske har vi vist at hypergastrinemi er av betydning i karsinogenesen (3).

Magesaftens hovedfunksjon er å drepe mikroorganismer, en funksjon som blir borte ved bruk av protonpumpehemmere. Videre bør man ha i mente at protonpumpehemmere har en bratt konsentrasjon-responskurve samt langsomt innsettende effekt, hvilket gjør protonpumpehemmere lite egnet til behovsbruk.

Jeg var i 2000 den eneste europeer blant fem eksperter i U.S. Food and Drug Admin-

istration (FDA) som diskuterte reseptfrihet for protonpumpehemmere i USA. Jeg var sjokkert over den nære tilknytningen til farmasøytisk industri som enkelte av ekspertene hadde. Akseptering av protonpumpehemmer reseptfritt i Norge gjør at jeg har svekket tillit også til norske helsemyndigheter. Gjennom høringer har jeg gitt helsemyndighetene disse synspunktene, men uten effekt. Man har tydeligvis stolt på flertallet. Korrekte medisinske bestemmelser kan ikke bygge på flertallsvedtak. Tidsbegrensede pasientstudier kan ikke avsløre langtidsbivirkninger. Slike kan kun forutses ut fra generell biologisk viten samt dyrestudier. Det er trist at den biologiske viten er så lav at man ikke har forstått at fjerning av biologiske funksjoner har konsekvenser.

Helge L. Waldum
Trondheim

Litteratur

1. Waldum HL, Arnestad JS, Brenna E et al. Marked increase in gastric acid secretory capacity after omeprazole treatment. *Gut* 1996; 39: 649–53.
2. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L et al. Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. *Gastroenterology* 2009; 137: 80–7.
3. Qvigstad G, Qvigstad T, Westre B et al. Neuroendocrine differentiation in gastric adenocarcinomas associated with severe hypergastrinemia and/or pernicious anemia. *APMIS* 2002; 110: 132–9.

Kritisk søkelys på samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble like før Stortingets sommerferie lagt frem av regjeringen (1). Intensjonene er jo gode. Det er viktig og nødvendig med bedre kommunikasjon og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene og mellom de forskjellige kommunale tjenestene og også mellom kommunene. Styrking av kommunehelsetjenesten er svært viktig. Særlig må det bli flere fastlegehjemler. Hver fastlege har for mange mennesker på sin liste. Dessuten trengs det flere leger på sykehjem og i eldreomsorgen, i helsestasjoner og skolehelsetjenesten, legevakt og rehabilitering.

Det er i meldingen gitt inntrykk av at profylakse – forebyggende arbeid – vil gi en stor effekt på helsetilstanden. Men det tar mange tiår før det gir virkning. Leger og annet helsepersonell driver daglig individuell forebyggende rådgivning overfor den enkelte pasient. Undersøkelse av presump-tivt friske mennesker med henblikk på om de kan være i faresonen for å utvikle en fremtidig alvorlig sykdom har sine ulemper. Økt fokus på tidlig diagnostikk og behandling kan føre til økt sykkeliggjøring og medikalisering. Det kan bli et eldorado for legemiddelindustrien og helsekostkremmerne som står klar med «forebyggende midler» med usikker virkning. Det viktigste er nok de samfunnsmessige forebyggende tilta-

kene som til dels ikke går over helsebudsjettet. Det kan være prisreguleringer på mat, bygging av sykkelstier, idrettsbaner, helseinformasjon via medier og skoler osv. På disse områdene er det en forstemmende passivitet fra myndighetenes side.

Hovedmotivet for reformen er nok å redusere helseutgiftene. Men det grenser til det absurde å overføre til kommunene 20 % av sykehusbudsjettene som allerede har formidable underskudd i driften, med derav følgende innskrenkninger i tjenesteytingene til pasientene. Blir det færre innleggelse i sykehusene av denne reformen? Det er ikke rådmannen som legger inn. Det er fastlegen. Og han legger inn etter medisinsk faglige kriterier, økonomiske hensyn kommer i andre rekke.

Det er viktig med bedre rekruttering til allmenmedisin av godt kvalifiserte leger. Viktige premisser for dette er utdanning, veiledning av fastleger under spesialisering og forskning. Her må nye midler settes inn.

Man kan frykte at både økonomien og helsetjenestene blir dårligere. Selvfølgelig kan man redusere eller stoppe veksten i spesialist- og sykehusmedisinen dersom alternativene som stortingsmeldingen legger opp til, er gode nok til å erstatte dette. Det er imidlertid grunn til betydelig usikkerhet om hvorvidt dette blir resultatet. Dessuten kan mange av delproblemene løses uten en svær reform som dette.

Det er vel ikke like enkelt å prøve ut denne reformen i et begrenset prosjekt som det var med fastlegereformen. Er det ikke ganske dumdristig å sette i gang denne reformen på landsbasis før viktige uklarheter er vurdert? Det mangler faktagrunnlag både for å begrunne reformen og å vise virkningen av den.

Lars Helling
Lillehammer

Litteratur

1. Stortingsmelding nr. 47 [2008–2009]. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Krigen i Gaza og objektivitet

Støvet har lagt seg etter Gaza-krigen. Nærbilder av krigsofre ble presentert over flere sider i Tidsskriftet. Nylig gjentok Per Arne Norum sin oppfordring om at Legeforeningens styre skulle drøfte Tidsskriftets rolle som fagorgan i denne saken (1).

Krigen i Gaza har lært oss at det å regelmessig sende raketter innover et naboland kan utsette egen befolkning for fare. Den viser også at sivile og uskyldige alltid rammes hardt i moderne krigføring. Samtidig kan man slå fast at mediekrigen kan være viktigere enn selve kamphandlingene, og at denne krigen ikke nødvendigvis vinnes av den sterkeste militærmakten.

Ingen bør stoppe leger i å drive hjelpearbeid i en konfliktzone. Leger bør også oppmuntres til å praktisere opplysningsplikten i forhold til mediene. Når informasjonen tilsynelatende får politisk slagside og det foreligger sterk seleksjonsskjevhet, bør vi imidlertid være kritiske selv om legene ikke legger skjul på sin partiskhet.

Mads Gilbert tilhører partiet Rødt på venstresiden i norsk politikk. Han ble refset av generalsekretæren i Legeforeningen da han i 2001 gikk langt i å støtte terrorangrepene i New York. Han er videre utestengt fra organisasjonen Leger Uten Grenser på grunn av sin politisering av hjelpearbeid. Samtidig legger ikke NORWAC skjul på at den ofte har samarbeidet med palestinske organisasjoner som vestlige land har terrorstempelt. Likevel ble de to legene Mads Gilbert og Erik Fosse rost av Trond Markestad, også kjent som leder av Rådet for legeetik, som karakteriserte deres forvaltning av informasjonsplikten som forbilledlig (2).

Når leger tar parti og blir sentrale aktører i en mediekrig som pågår parallellt med kamphandlinger, bør vi i det minste stille noen spørsmål. Det er leit at redaksjonen ikke vil la seg granske med tanke på objektiviteten i bildebruken av lemleste krigsofre i Gaza. Det er også skuffende at Trond Markestad uttaler seg så kategorisk i en sak som først og fremst hadde fortjent en grundig og objektiv behandling i rådet han selv leder.

Ragnvald Bjørgaas Petersen
Sandnes

Litteratur

1. Norum PA. En svekket redaksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1661.
2. Markestad T. Leger i krig. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 650.

Statiner og industrien

Forfatterne av retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdommer viser i Tidsskriftet nr. 16/2009 (1) til en ny studie publisert i BMJ (2) for å rettferdiggjøre bruken av statiner som primærprofylase.

Det er interessant at studien de refererer til i innledningen, fastslår at man i tidligere studier ikke sikkert har vist at primærprofylakse har effekt (2). De skriver også at de fleste metaanalyser har mislyktes i å få et sikkert svar på dette spørsmålet. Dette er i og for seg interessant, da det viser at forfatterne av denne nye metaanalysen tydeligvis ikke er enige med det norske «ekspertpanelet». De nye retningslinjene ble jo skrevet lenge før denne siste metaanalysen ble publisert.

Av de 1 230 studier som man fant ved å søke i medisinske databaser, valgte man ut kun ti. Av disse ti studiene var ni sponset av statinindustrien, og i den som ikke var

direkte sponset av industrien (ALLHAT), var de økonomiske båndene til statinindustrien sterke hos mange av forskerne.

Store kardiovaskulære studier som er sponset av industrien har oftere positive resultater enn dem som er sponset av ikke-profitorganisasjoner (3). Studien som viste dette ble naturlig nok ikke sponset av industrien. Skal vi absolutt «behandle» bør vi heller bruke et supplement av vitaminer (3). Dette viste en svensk studie sponset av ikke-profitorganisasjoner for noen år siden (4).

Til slutt, forfatterne konkluderer i sitt brev til redaktøren at mine synspunkter ikke bør få gjennomslag – verken hos leger, pasienter eller i opinionen. I og med at mine synspunkter var at vi skulle forebygge med livsstilsendringer, synes jeg dette er et merkelig utsagn.

Tor Ole Kjellevand

Unilabs
Oslo

Litteratur

1. Madsen S, Gjelsvik B, Kjeldsen SE et al. Solide retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1660.
2. Bruks JJ, Yetgin T, Hoeks SE et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 2009; 338: b2376.
3. Ridker PM, Torres J. Reported outcomes in major cardiovascular clinical trials funded by for-profit and not-for-profit organizations: 2000–2005. JAMA 2006; 295: 2270–4.
4. Holmquist C, Larsson S, Wolk A et al. Multivitamin supplements are inversely associated with risk of myocardial infarction in men and women – Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP) J Nutr 2003; 133: 2650–4.

Legeforeningen må komme på banen!

Per Haugum hevder i Tidsskriftet nr. 13/2009 at anklagene mot statens autorisasjonskontor for helsepersonell er ubegrunnede (1). Det skjønner jeg veldig godt. Han og hans saksbehandlere gjør det departementet har bestemt gjennom regler og forskrifter. Å klage på ham og hans saksbehandlere er «å rette baker for smed». Det er vår egen forening, Legeforeningen, som må ta denne kampen med departement og storting. Det er Stortinget som har vedtatt at legen for å beholde sin autorisasjon etter fylte 75 år må dokumentere sin fysiske og psykiske helse, mens departementet har vært ansvarlig for utformingen av retningslinjene. At leger ved fylte 75 år helt rutinemessig fratras autorisasjonen, berøver legene for en vesentlig del av deres menneskeverd.

Mitt innlegg om storsamfunnets hån av eldre leger (2) har medført flere innlegg i Tidsskriftet (3, 4, 5) samt telefoner fra frustrerte kolleger. Legene som fratras autorisasjonen, er de legene som per i dag har gitt Legeforeningen de største økonomisk

bidragene gjennom 50 års kontingent og bidrag til fond. Det vi etterlyser er et vesentlig sterkere engasjement fra Legeforeningen. Foreningen må nå vise at den er villig til å stå på barrikadene og vise at den har et mål den vil oppnå og ikke minst sette tidsfrister for når dette skal være i havn. Nå må unnfallenheten ta slutt – den passer maktbyråkratene i departementet helt utmerket. Vi forstår ikke hvordan vår egen fagforening i årevis har akseptert kollektiv avstraffelse av leger over 75 år – deler de departementets syn kanskje? Om så er, så si det rett ut.

Jeg utfordrer sittende president og styre til snarest her i Tidsskriftet å komme med en plan for å oppnå resultater. Vi ønsker svar på følgende spørsmål:

- *Målsetting.* Hvilket resultat av forhandlinger vil Legeforeningen godta som et tilfredsstillende resultat?
- *Fremdrift.* Hva er tidsperspektivet for å oppnå dette resultatet? Her må man sette snauere frister og klare mål for å unngå treneringstaktikker fra det sentrale maktapparat.
- *Videreføring.* Vil legeforeningen bringe saken til menneskerettsdomstolen dersom ikke rett resultat er oppnådd innen tidsfristen? Forberedelsen til en slik prosess bør starte allerede nå.

De eventuelle endringer som kommer ut av dette, bør også gjelde de kolleger som har passert 75 år. Legeforeningen bør ikke si at andre saker er viktigere – stillheten er øredøvende, og vi forlanger at den blir brutt!

Steinar Hagen
Asker

Litteratur

1. Haugum P. Ubegrunnede anklager mot Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1353–4.
2. Hagen S. Samfunnets hån mot eldre leger. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 311–2.
3. Hundstad N. Opphør av autorisasjon ved fylte 75 år. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 892.
4. Ekroll T. Når de yngste får bestemme. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 892–3.
5. Hesselberg JP. Inkompetanse hos Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 893.

Tilsvaretsrett

Tidsskriftet praktiserer tilsvaretsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (www.icmje.org/publishing_5correspond.html). Dersom vitenskapelige artikler kommenteres i spalten, får artikkelforfatterne mulighet til å svare i samme nummer. Slik automatisk tilsvaretsrett gjelder kun for forfattere av vitenskapelige artikler. Den gjelder imidlertid ikke dersom debatten fortsetter i spalten Brev til redaktøren, dvs. hvis det for eksempel publiseres et motinnlegg til det første tilsvaret.