

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 sykdeliggjøring 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 innleggelses i sykehusene av denne reformen? Det er ikke rådmannen som legger inn. Det er fastlegen. Og han legger inn etter medisinskfaglige 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 delproblemenes 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.