

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 stensonsk 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 malignitetsutvikling 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 ventrikkelcancer (3, 4) Store kliniske oppfølgingsstudier finner kreft som forventet i en normalpopulasjon, men ventrikkelcancer 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



286. I den nye analysen var relativ risiko-reduksjon for kardiovaskulær død på 30 %, mot 17 % i den opprinnelige toveisanalysen; for kardial død på 35 % mot 22 %, for koronar død på 32 % mot 20 % og for plutselig død på 45 % mot 26 %. Dette er en nesten utrolig forbedring av resultatene.

Græsdal referer også til JELIS-studien på 18 645 japanere og metaanalysen til Hooper og medarbeidere som inneholdt data fra over 600 000 individer. Resultatene for effekt på plutselig og total død var nøytrale og skiller seg sterkt fra GISSI-resultatene.

Hvis man ikke er en troende i forhold til GISSI-dataene, er det fortsatt et åpent spørsmål om omega-3 virkelig gir redusert risiko for død.

**Jan Erik Otterstad**  
Tønsberg

#### Litteratur

1. Græsdal A. Bruk av omega-3-fettsyrer i forebygging av hjertesykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2109–12.
2. GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. Lancet 1999; 354: 447–55.
3. Marchioli R, Barzi F, Bomba E et al. Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: Time-course analysis of the results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza Nell' Infarto Miocardico (GISSI-Prevenzione). Circulation 2002; 105: 1897–903.

## Tendensiøst fra Mysterud

I Tidsskriftet nr. 5/2010 hevder Iver Mysterud at min omtale av Walter Kraus' bok om stråling representerer et partsinnlegg (1). Da har Mysterud faktisk ikke skjont kritikken jeg kom med, og det er kanskje ikke så rart. Det er nemlig store likheter mellom hvordan Mysterud selv skriver i tidsskriftet Mat og Helse, og Kraus' presentasjonsform. Det setter Mysteruds kommentar i et spesielt perspektiv.

Mysterud burde ha fått med seg at jeg ikke kritiserer Kraus for at han mener at elektromagnetiske felter er farlige. Jeg kritiserer ham først og fremst for å presentere forskningsresultater som passer med hans konklusjon, og tie eller fullstendig bagatelisere øvrige forskningsresultater. Kraus kommer med et partsinnlegg, men gir inntrykk av at dette er den fulle Sanningen med stor S.

Mysterud har samme tendens til å under slå vitenskapelig uenighet. Nylig skrev han

om «dårlig strømkvalitet» og gjenga nesten utelukkende arbeider foretatt av én forsker (2). Hvor blir det av motforestillingene?

I direkte motsetning til det inntrykket Mysterud ga, ryktes det at ICNIRP (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection), når de skal revidere sine anbefalte grenseverdier i nær fremtid, vil *lempe* på grenseverdiene i det aktuelle frekvensområdet fordi det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon på helseeffekt.

Mysterud må selvfølgelig få skrive hva han vil. Min oppgave er bare å gjøre folk oppmerksom på at utsagnene hans er lite verdt fordi de fremstiller ulike saker på en skjev måte, uten å fortelle at det er en tendensiøs fremstilling. Mysterud er en av Mat og Helse's få faste medarbeidere og faste skribenter. En av hans nærmeste medarbeidere der, fagredaktøren i Mat og Helse, har en bror som eier firmaet UnoVita som

selger ulike «dingser» som Mysterud omtaler i sine artikler. Eksempelvis gjelder det måleinstrumenter for måling av «dårlig strømkvalitet», knyttet til eksemplet mitt ovenfor, sammen med en masse artikler innen alternativt medisin, så som «Q-link» (også omtalt av Mysterud), Aulterra helbreder, smykkesten som skal beskytte mot stråling osv. Her er det en herlig blanding av kvasifag og kommersielle interesser!

**Arnt Inge Vistnes**  
Fysisk institutt  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Mysterud I. Partsinnlegg om svak stråling og helse. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 472.
2. Mysterud I. Dårlig strømkvalitet – en ukjent helsebelastning. Mat og Helse 2009; nr. 12.

## RETELSE

### Levertransplantasjon i Norge gjennom 25 år

*Tim Scholz, Tom H. Karlsen, Truls Sanengen, Erik Schrumpf, Pål Dag Line, Kirsten Muri Boberg, Pål Foyn Jørgensen, Bjarte Fosby, Øystein Bentdal, Anniken Bjørnstad Østensen, Svein Osnes, Fridtjov Riddervold, Håkon Haugaa, Jon Hausken, Jon Bragi Bergmann, Stein Foss, Kristian Bjørø, Aksel Foss*

Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2587–92

I denne artikkelen på s. 2589 er i figur 2 forklaringsteksten til linjene byttet om. Riktig figur skal være:

