

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

## Protonpumpehemmere uten resept

Jeg leste med undring Hatlebakk og medarbeideres emosjonelle kommentar i Tidsskriftet nr. 6/10 (1) til mitt innlegg om protonpumpehemmere solgt uten resept (2). Det kan synes som om de overhodet ikke kjenner til den danske studien som viste at friske, symptomfrie medisinstudenter får dyspepsi etter bruk av protonpumpehemmere (3) på grunn av økt syresekresjon (4). Allikevel hevder de at den kliniske betydning av tilbakefall med hypersekresjon av syre (acid rebound) ikke er vist (1). Hvorfor skulle ikke den økte syresekresjonen forverre reflukssykdommen der det på forhånd er en funksjonell defekt i ventilfunksjonen i cardia når den gir reflukssymptomer hos friske? Er ikke tilbakefall med hypersekresjon av syre den mest sannsynlige årsaken til den påfallende økningen i reflukssykdom man har sett de siste tiåene?

Det spiller ellers liten rolle for meg hva Hatlebakk og medarbeidere mener om kreftfaren ved bruk av protonpumpehemmere (1). I motsetning til dem bryr jeg meg ikke om ekspertuttalelser, men kun om resultater og fakta. Det er imidlertid tydelig at de ikke kjenner historien godt nok. For eksempel ble de maligne svulstene i magesekken hos rotte etter omeprazolbruk beskrevet i midten av 1980-årene, ikke i 1970-årene, som de skriver (1). De synes heller ikke å forstå at et viktig prinsipp ble fraveket da et stoff som ga ondartet svulst i sitt målorgan hos forsøksdyr, ble akseptert til klinisk bruk!

Hatlebakk og medarbeidere synes heller ikke å kjenne til at det var på møter rundt 1990 i regi av legemiddelfirmaet Astra, at patologer og andre eksperter kom til at omeprazol var sikkert, både på kort og lang sikt selv om preparater ga opphav til svulster hos rotte. I den sammenheng vil jeg også påpeke at Tidsskriftet kanskje burde ha innhentet opplysninger om den støtte innskriverne (1) har fått fra den farmasøytiske industri.

Helt til slutt vil jeg med forbauselse kommentere den riktige påstanden om at atrofisk gastritt gir høyere gastrinverdier enn behandling med protonpumpehemmere (1). Kjenner ikke Hatlebakk og medarbeidere til at atrofisk gastritt er den viktigste faktor i karsinogenesen i magesekken? Jeg vil ellers opprettholde min påstand om at de som tror mer på tidsbegrensede studier

enn på evolusjonen, mangler biologisk forståelse.

Jeg vil også bemerke at Tidsskriftet burde ha latt meg svare på innlegget fra Hatlebakk og medarbeidere i samme utgave, hvilket ville ha lettet lesernes vurdering av temaet.

**Helge L. Waldum**  
Trondheim

### Litteratur

1. Hatlebakk JG, Lerang F, Moum B. Protonpumpehemmere gir ikke magekreft. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 592.
2. Waldum HL. Protonpumpehemmere bør ikke selges reseptfritt. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2263.
3. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L et al. Protonpump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. Gastroenterology 2009; 137: 80–7.
4. Waldum HL, Arnestad JS, Brenna E et al. Marked increase in gastric acid secretory capacity after omeprazole treatment. Gut 1996; 39: 649–53.

## Udokumenterte påstander om GID-klinikken

Vi er klar over at Tidsskriftet har redaksjonell frihet på eget ansvar. Likevel tillater vi oss å undre oss over at man i samme nummer som vi presenterer en fagartikkel om kjønnskorrigerende kirurgi, nr. 4/10 (1), trykker en kronikk av Folgerø & Hellesund (2) – uten at vi blir forespurt om tilsvar. I kronikken tillegges forfatterne GID-klinikken og Harry Benjamin Ressurssenter holdninger som de overhodet ikke dokumenterer og som vi selvfølgelig heller ikke kjenner oss igjen i. Vi oppfatter dog kronikken som såpass populistisk at noen videre diskusjon i Tidsskriftet vanskelig kan være av interesse for faglig interesserte lesere.

**Trond Diseth**  
**Ira Haraldsen**  
**Thomas Schreiner**  
**Kim Alexander Tønseth**  
Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet

### Litteratur

1. Tønseth KA, Bjark T, Kratz G et al. Kjønnskorrigerende kirurgi ved transseksualisme. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 376–9.
2. Folgerø T, Hellesund T. Kjønnsoperasjoner og kjønnsdefinisjoner – hvor sitter kjønnet? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 402–4.

## Redaktør i eventyrland

Redaktør Charlotte Haug spør i Tidsskriftet nr. 6/10 om helseregistra våre er så nyttige for liv og helse at det rettferdiggjør innhentning av opplysninger utan samtykke frå pasienten. Ho er dessutan uroa for at registerinformasjon skal leke ut og misbrukast (1).



Få tvilar vel på verdien av sentrale helseregister som fødselsregisteret og Kreftregisteret. Rapporten *Gode registre – bedre helse* skisserer modernisering og samordning av sentrale helseregister og medisinske kvalitetsregister (2). Slike register gjev viktig kunnskap som ikkje kan framskaffast elles – for eksempel om kva type sement ein bør velje til hofteprotesar og at auka komplikasjonsrisiko ved «prøverøysbefrukting» er knytt til mødefaktorar, ikkje til metoden. Det er mange internasjonale døme. Under svineinfluensa gjorde tidleg nettpubliserings av registerdata frå Australia/New Zealand at andre stod betre rusta då pandemien råka (3). Haug meiner derimot at «prospektive studier» og «kvalitetskontroll av klinisk praksis» kan erstatte registra ved forskning på sjukdomsårsaker og effekt av behandling eller forebygging. Ei slik utsegn vitnar om avgrensa kunnskap om både klinisk forskning og registerepidemiologi.

Haug skriv at «befolkningen er villig til å avgi personlige data til fellesskapets beste», men ho vil altså ha det samtykkebasert eller anonymt. Mange pasientgrupper er ikkje samtykkekompetente (intensivpasientar, traumepasientar, alvorleg hjartesjuka). Samtykkekrav vil dessutan byråkratisere kolossalt og gjere nasjonale helseregister meir ufullstendige og upålitelege. Difor er heller ingen av våre 13 sentrale helseregister baserte på samtykke.

Personopplysningar i helseregistra er viktige for å sikre datakvaliteten, kontrollere opplysningar og korrigere feil. Vi med register utan personidentifikasjon ser dette tydeleg. Elles er identitet irrelevant. Data kan difor anonymiserast for vidare analyse og forskning. Helsedata må uansett lagrast trygt, og få treng tilgang. Og sjølvsagt vil

ingen involverte at registra skal kome i vanry grunna lekkasjar eller misbruk av personopplysningar. Det er såleis fullt mogeleg å kombinere kvalitet og datatryggleik, slik at vi får gode register som alle har tillit til.

Vi kjenner ikkje til misbruk av data frå alle åra med sentrale helseregister med personidentifikasjon. I mangel på slike døme konstruerer Haug opp fantasifulle telefonoppringingar ho ikkje ville like å få av ukjende personar som sat med helseregisteropplysningar om henne. Ho bør heller konsentrere seg om realitetane.

Både Haug og Legeforeningen er truleg i utakt med fagmiljøa i denne saka. Det er paradoksalt at frykta for personvernet er så uttala her i landet når det gjeld akkurat helseregistra, der nytteverdien er stor og misbrukspotensialet tydelegvis er lite.

#### Reidar Kvåle

dagleg leiar i Norsk Intensivregister

#### Litteratur

1. Haug C. Retten til seg selv. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 587.
2. Nasjonalt helseregisterprosjekt. www.nhrp.no (26.3.2010).
3. The ANZIC Influenza Investigators. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. N Engl J Med 2009; 361: 1925–34. E-publisert 8.11.2009.

## Kirurgiske refleksjoner

Kristoffer Lassen gir i en lederartikkel i Tidsskriftet nr. 7/10 til beste sitt syn på anestesilegenes plass i behandlingen av kirurgiske pasienter (1). Artikkelen er krydret med selektive litteraturhenvisninger og rene etterretteligheter og stiller redaksjonens evne til å kvalitetssikre innholdet i relieff.

Lassen mener at «... kirurgen alene er den pasientansvarlige lege [...] etter forskriften [...]». Bare kirurgen har det totale ansvar for pasienten fra sykdommen mistenkes og utredes til behandlingen avsluttes [...]. «Forskrift om pasientansvarlig lege» er kanskje vanskelig å forstå, men selv Lassen må ha observert at ordet «kirurg» ikke er anvendt der – det er opp til virksomhetens ulike nivåer, ikke våre kirurgiske kolleger, å avgjøre hvem som er pasientansvarlig lege (2). Behovet for å samordne aktiviteten til mange ulike spesialister gjør at anestesileger ved landets intensivavdelinger i lang tid har påtatt seg denne rollen for de aller sykeste pasientene. Dette ansvaret strekker seg selvsagt langt utover det operative døgnet.

Lassen ønsker oss anestesileger «raust» velkommen i et kirurgisk fellesskap (les: avdelinger med kirurgisk ledelse), der vi vil kunne bidra til en mer fysiologisk tilnærming til pasienter i et perioperativt forløp. Han referer selektivt til en svensk ikke-randomiserte studie, med historiske kontroll-

personer, der effekten av intensivmedisinske innsatsgrupper på dødeligheten i sykehus tjener som begrunnelse for å ville involvere anestesilegene i arbeidet på sengepostene. Men han unnlater å referere til større studier og systematiske oversikter der effekten er langt mindre åpenbar (3). Norske anestesilegers erfaringer fra Australia og Storbritannia er dessverre at slike innsatsgrupper fungerer som en sovepute for kirurger som er glade for å slippe postarbeidet.

Forslag til omorganiseringer i helse-tjenesten er ofte motivert av et ønske om å innplassere forslagsstilleren øverst i næringskjeden. Det er nok i et slikt perspektiv vi må forstå Lassens lederartikkel.

#### Jon Henrik Laake

Oslo

#### Litteratur

1. Lassen K. Hvor ble det av anestesilegene? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 720.
2. Forskrift om pasientansvarlig lege. Lovdata 2010. www.lovdata.no/for/st/ho/ho-20001201-1218.html (12.4.2010).
3. McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, et al. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of intensive care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD005529.

## Mobilstråling – en medisinsk debatt?

I Tidsskriftet nr. 23/09 kritiserer fysikeren Vistnes (1) min bok *Mobilstråling*. I stedet for saklige argumenter er det mistenkeliggjøring.

Ifølge Vistnes blir det biologiske reaksjoner kun dersom vevet blir oppvarmet av strålingen. Han hevder dette med bakgrunn i retningslinjene til den internasjonale strålevernkommissjonen (ICNIRP). Disse ble fastsatt på bakgrunn av et referanseeksperimentet fra 1990-årene: Man fylte plastdukker med vann, bestrålte dem og målte temperaturen.

Bioinitiativ-rapporten viser at vannfylte plastdukker er en dårlig modell for mennesket (2). I denne dokumenteres biologiske reaksjoner ved eksponering for svak stråling. Rapporten er ikke gjennomført av «pressgrupper», som Vistnes insinuerer, den bygger på en samling av metaanalyser fra anerkjente forskere om relevant forskning frem til 2007, inklusive de studier som ikke viser effekt. Tar man denne rapporten til følge, bør det ikke lenger være legitimt å basere strålevernpolitikken på den hypotese at slike reaksjoner ikke eksisterer.

Grenseverdier må defineres på grunnlag av dokumentasjon. Også nyere resultater bekrefter Bioinitiativ-rapportens konklusjoner (3–6).

WHO-behandlingsopplegget for eloverfølsomme (7) bygger også på hypotesen at kun oppvarming skaper biologiske effekter. De eloverfølsomme er oppgitt over det. Norske og svenske spørreundersøkelser (8) viser at feltsanering fører til varige forbedringer. Det bør derfor være kontraindisert å eksponere eloverfølsomme, men felteksponering er dessverre «offentlig helsepolitikk» i Norge. Erfaringer fra rammede kan ikke neglisjeres uten å fordømme en hel pasientgruppe som hypokondere. Respekt for pasientene må ikke være ren retorikk – noe Vistnes gir inntrykk av.

Pasientenes erfaringer falsifiserer den «fysikalske hypotesen» – når stråling er årsaken, hjelper også sanering. WHO-behandlingsopplegget er heller basert på strålepolitikk enn på biologisk-medisinske realiteter. Enhver som opplever forbedringer pga. sanering (80%) motbeviser Vistnes' argumentasjon.

Både norsk ekspertise og strålevern er i krise og mangler fotfeste i virkeligheten. Det er lite grunnlag for å betegne min bok som tendensiøs når den faktisk frembringer fakta og løsninger på problemet. Tiden er moden for en biologisk-medisinsk nyorientering i strålevernet.

#### Walter Kraus

Øyslebø

#### Litteratur

1. Vistnes AI. Tendensiøst om stråling. Anmeldelse av: Kraus W. Mobilstråling. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2510–1.
2. www.bioinitiative.org (15.10.2008).
3. Hardell L, Carlberg M, Mild K. Epidemiological evidence for an association between use of wireless phones and tumor diseases. Pathophysiology 2009; 16: 113–22.
4. Hardell L, Carlberg M. Mobile phones, cordless phones and the risk for brain tumors. Int J Oncol 2009; 35: 5–17.
5. Myung S, Ju W, McDonnell D et al. Mobile phone use and risk of tumors: a meta-analysis. Am J Clin Oncol 2009; 27: 5565–72.
6. Lahkola A, Auvinen A, Raitanen J et al. Mobile phone use and risk of glioma in 5 North European countries. Int J Cancer 2007; 120: 1769–1775.
7. WHO. Fact sheet 296 (2005). Electromagnetic fields and public health. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs296/en/index.html (13.4.2010).
8. HET-projektet. Hälsooproblematik för elöverkänsliga och tandvårdsskadade. Elöverkänsligas Riksförbund. www.hetprojektet.info (30.12.2009).

## Ufullstendig om antikolinergt syndrom

En kasuistikk av Bjørn Brandsæter og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 4/2010 om akutt antikolinergt syndrom hos en pasient har interesse utover det å gi en påminnelse om det sjeldne (1). Den kvinnelige pasienten skal angivelig ha hatt «uttalt anoreksi med