

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 svineinfluensaen 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