

T. Bøhmer svarer:

Carl Ditlef Jacobsen savner i min oversikt at «blodprøveanalyser kan avsløre mangeltilstander eller – helst det motsatte...». De råd jeg gir, er nettopp basert på blod- og serumanalyser, uten at jeg så det som vesentlig å presentere dette i innlegget.

Vitamin D-mangel er uttalt hos 10 % av sykehusinnlagte og hjemmeboende eldre, og vitamin D-konsentrasjonen er lavere enn ønskelig hos 50 % av samme gruppe (1, 2). Mangel på vitamin B₆ (pyridoksalfosfat) og andre B-vitaminer er vanlig hos geriatriske pasienter (3). Vitamin C-konsentrasjonen er redusert hos et stort antall sykehusinnlagte og hjemmeboende eldre (3–5). I en studie var matinntaket hos eldre kvinner, både hjemmeboende og sykehusinnlagte, på gjennomsnittlig 1 750 kcal (6). Halvparten hadde derfor et kaloriinntak under dette og får ikke dekket minimumsbehovet for mineraler og sporelementer fra kosten uten ekstra tilskudd.

Den frykt enkeltpersoner fra det basaler-næringsmessige miljø har for forgiftningsfaren ved høye vitamindoser, spesielt gjelder det de fettløselige, synes ikke å være noe klinisk problem. A-vitaminforgiftning får man ved å spise mye isbjørnlever. Gjør du det? Tolerable doser for vitamin D ligger kanskje 20 ganger over det anbefalte.

Thomas Bøhmer

Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Mowe M, Bøhmer T, Haug E. Serum calcidiol and calcitriol concentrations in elderly people. Variation with age, sex, season, and disease. *Clin Nutr* 1996; 15: 201–6.
2. Mowe M, Bøhmer T. Low serum calcidiol concentrations in older adults with reduced muscular function. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1–7.
3. Selvaag E, Bøhmer T, Benkestock K. Reduced concentration of riboflavine and ascorbic acid, and blood thiamin pyrophosphate and pyridoxal 5-phosphate in geriatric patients with and without pressure sores. *J Nutr Health Aging* 2002; 6: 75–7.
4. Bøhmer T, Diep L, Mowe M. Reduced ascorbic acid concentrations in the hospitalized and home-living elderly. *J Nutr Health Aging* 2004; 8: 451–2.
5. Welle L, Bøhmer T. Vitamin C serum levels in adults living in Oslo: variation by gender, age and residence area. *Eur J Public Health* 2004; 14: 104–5.
6. Mowe M, Bøhmer T, Kindt E. Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 317–24. Erratum *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 298.

Legemiddelinteraksjoner og databaser

Tidsskriftet har nylig publisert to artikler der databasen DRUID (Drug Information Database) har vært brukt for å studere mulige legemiddelinteraksjoner (1, 2). Som faglig ansvarlig for denne databasen (3) vil jeg knytte noen kommentarer til artiklene.

Selv om de fleste interaksjoner ikke er dramatiske, kan mange legemiddelkombi-

nasjoner resultere i mangelfull effekt, bivirkninger eller toksiske effekter, i verste fall med dødelig utgang. DRUID er utviklet for å tilby en fritt tilgjengelig interaksjonsdatabase som kan integreres i andre data-systemer, for eksempel i journalsystemer i allmennpraksis og sykehus og ved apotek.

Databasen har sine begrensninger, som det er viktig å kjenne til. Som hovedregel omtales kun dokumenterte interaksjoner. Dette betyr at interaksjoner som kan mistenkes eller forutsies ut fra fellestrekk ved to legemidler, for eksempel i metabolisme, eller er logiske ut fra virkningsmekanismene, ikke vil være inkludert. For eksempel gir både opioider og antikolinerge midler obstipasjon som bivirkning, og risikoen for obstipasjon må derfor forventes å øke ved samtidig bruk. Slike interaksjoner er kun tatt med hvis konsekvensene er uforutsigbare og dramatiske. Det samme gjelder såkalte legemiddel-sykdom-interaksjoner (drug-disease interactions). Det anbefales derfor at man setter seg inn i kriteriene for omtale.

Fordi disse er forskjellige, vil det ofte være diskrepans mellom omtalen av interaksjoner i DRUID, legemiddelprodusentenes preparatomtaler og utenlandske kilder. Det er alltid et element av skjønn, særlig hvis originaldata er mangelfulle eller motstridende eller hvis den dokumenterte effekten er beskjeden.

Systematiske interaksjonslister blir ofte ansett for å være svært forsiktige når det gjelder anbefalinger. Omtalene er en konsekvens av at interaksjoner ikke gir like kraftige utslag hos alle som bruker en gitt legemiddelkombinasjon. For eksempel må en potensielt letal kombinasjon som terfenadin og erytromycin omtales, selv om kanskje bare en av 1 000 eller færre rammes.

Interaksjonskapitlene i Felleskatalogen (4) og Norsk legemiddelhåndbok (5) gir samme informasjon som DRUID. *Stockley's Drug Interactions* (6) er et utmerket supplement for dem som synes at de norske oversiktene er for kortfattet. Systematiske interaksjonsoversikter er ment som et hjelpemiddel og overflødiggjør ikke farmakologisk basiskunnskap – man er nødt til å tenke selv!

Olav Spigset

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Nielsen EW, Dybwik K. Legemiddelinteraksjoner i en intensivavdeling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2907–8.
2. Mellbye KS, Berg C. Storforbrukere av legemidler – sett fra apoteksfarmasøytens ståsted. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3069–71.
3. www.interaksjoner.no (8.12.2004).
4. Spigset O. Interaksjoner. I: Felleskatalogen 2004. Oslo: Felleskatalogen AS, 2004. www.felleskatalogen.no (8.12.2004).
5. Spigset O. Interaksjoner. I: Vilberg A, red. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok, 2004: 1317–24. www.legemiddelhandboka.no (8.12.2004).
6. Stockley IH. *Stockley's drug interactions*. 6. utg. London: The Pharmaceutical Press, 2002.

Forgiftning av kosovoalbanske barn

I et intervju i Tidsskriftet i nr. 23/2004 forteller Sahli Tahiri en historie om kosovoalbanske barn som i 1990 ble forgiftet med kolinesterasehemmende gass (1). Det finnes undersøkelser av forgiftningene som har gitt andre konklusjoner. I et innlegg i *The Lancet* i 1991 ble det konkludert med at barna ikke var forgiftet, deres reaksjoner hadde andre årsaker (2). Grunnlaget var blodprøver av 86 personer i alderen 12–21 år, analysert ved laboratorier i Paris, London og Leeds.

Under konflikter oppstår det lett myter om den andre siden. Disse mytene har som regel til hensikt å sverte motparten og å fremstille den som dårligere enn egen gruppe. Mytene får ofte et nasjonalistisk preg og kan bli en del av befolkningens identitet – det blir «oss» og «de andre». Julia Mertus mener mytene som oppstod både blant albanere og serbere i 1980- og 90-årene bidrog til konfliktene og krigene i Kosovo (3). Påstander om fienden som fremmes i konfliktsituasjoner må derfor ikke umiddelbart aksepteres som sannhet, men undersøkes nærmere slik at alle fakta blir brakt frem i lyset.

Sverre Varvin

Bjørn Oscar Hoftvedt

Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter

Litteratur

1. Lindland H. Intervjuet: Sahli Tahiri. En annen historie. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3086–7.
2. Hay A, Foran J. Yugoslavia: poisoning or epidemic hysteria in Kosovo? *Lancet* 1991; 338: 287–8.
3. Mertus J. Kosovo: how myths and truths started a war. Berkeley, CA: University of California Press, 1999.