

melanominduserende, så også solarium-regelverket bør drøftes. Solkremer, riktig påført, eliminerer nesten helt D-vitaminproduksjon. De beskytter godt mot ikke-melanomer, men saken er uklar når det gjelder melanomer. Melanomprognose kan til og med påvirkes positivt av sol.

La oss alle tenke mer rasjonelt og la følelsesladede utsagn hvile.

Referanseliste som dekker alle utsagnene våre, kan fås ved henvendelse til A.C. Porojnicu: a.c.porojnicu@usit.uio.no.

Johan Moan
Zoya Lagunova
Alina Porojnicu
Oslo

Litteratur

- Holick MF. High prevalence of vitamin D inadequacy and implications for health. *Mayo Clin Proc* 2006; 81: 353–73.
- Lim HS, Roychoudhuri R, Peto J et al. Cancer survival is dependent on season of diagnosis and sunlight exposure. *Int J Cancer* 2006, doi: 10.1002/ijc.22052.
- Reichrath J. The challenge resulting from positive and negative effects of sunlight: how much solar UV exposure is appropriate to balance between risks of vitamin D deficiency and skin cancer? *Prog Biophys Mol Biol* 2006; 92: 9–16.
- Giovannucci E, Liu Y, Rimm EB et al. Prospective study of predictors of vitamin D status and cancer incidence and mortality in men. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 451–9.
- Schwartz GG, Blot WJ. Vitamin D status and cancer incidence and mortality: something new under the sun. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 428–30.

Lützw-Holm og Austad svarer:

I Tidsskriftet nr. 12/2006 påviste vi uvitenskapelig referansepraksis og flere misvisende formuleringer i en artikkel av Moan & Porojnicu om D-vitaminets fotobiologi (1, 2). I sitt tilsvarende innrømmer forfatterne at deres fremstilling ikke var tilstrekkelig balansert. Derimot blir andre av våre innvendinger avvist med at forfatterne «har rikelig med belegg for alle påstander» (3).

Dette er lite tillitvekkende. Deres påstander i artikkelen om at symptomene ved multippel sklerose og leddgikt bedres av «solstråling, sannsynligvis via D-vitaminsyntese i hud» (1), underbygger de med tre referanser. To er studier som viser nord-sør-gradient for *prevalens* av multippel sklerose (referanse 61 og 62), og én som diskuterer hypotesen om at D-vitamin kan spille en rolle for *prevalensen* av visse autoimmune sykdommer (referanse 64). Rikelig belegg for alle påstander? Moan og medarbeidere blander sammen en rekke faktorer som berører D-vitaminets rolle ved ulike sykdommer, anbefalte doserivåer i kosthold og postulerte helseeffekter. Det er ingen god forklaring å henvise til «verdens mest anerkjente D-vitaminsforskere» og til at «paradigmeskifter alltid medfører diskusjon» (3). Dette er ikke noe paradigmeskifte, men en diskusjon om hvordan optimale D-vitaminsnivåer skal oppnås.

Utfordringen i dag er å sikre tilstrekkelig D-vitamin til utsatte grupper som pga. kosthold, livsstil og klesbruk har for lite av det, bl.a. enkelte innvandringsgrupper og eldre. Kostveiledning og D-vitamin tilskudd i moderate doser er uten bivirkninger – i motsetning til en generell oppfordring til befolkningen om mer soling og solariebruk. Dette er ikke «følelser» eller «atferdspsykologi», slik Moan og medarbeidere kaller det (3), men konkret, praktisk og vanskelig folkehelsearbeid.

Trass i disse innvendingene har Moan gått ut i flere store aviser med sitt budskap om at mer soling og solariebruk er ønskelig. I dette innlegget gjentas disse synspunkter med nye misvisende formuleringer og tallberegninger. Lavt D-vitaminsnivå gir økt risiko for flere krefttyper, særlig gastro-intestinale, men funn fra slike epidemiologiske observasjonsstudier må tolkes med langt større forsiktighet enn det Moan og medarbeidere gjør. For få år siden viste flere studier mulig kreftbeskyttende effekt av betakaroten, E-vitamin og østrogen tilskudd (hos kvinner), men funnene ble ikke bekreftet ved kliniske, kontrollerte studier. Det er heller ikke dokumentert at tilførsel av D-vitamin – gjennom sol, solarier eller kost – reduserer kreft risikoen, slik Moan gir inntrykk av. Disse motforestillinger blir sterkt fremhevet i den samme lederartikkelen som Moan og medarbeidere henviser til som støtte til sitt syn (4).

Vi deler Moans ønske om å tenke mer rasjonelt og å avstå fra følelsesladede utsagn. Vi etterlyser samtidig en mer nøktern tolking av forskningsdata og deres konsekvenser.

Claus Lützw-Holm
Oslo

Joar Austad
Rikshospitalet

Litteratur

- Moan J, Porojnicu AC. D-vitaminets fotobiologi – ny aktualitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1048–52.
- Austad J, Lützw-Holm C. Vitamin D, soling og solarier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1625.
- Moan J, Porojnicu AC, Lagunova Z. Vitamin D, soling og solarier. Tilsvarende. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1625.
- Schwartz GG, Blot WJ. Vitamin D status and cancer incidence and mortality: something new under the sun. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 428–30.

Skriftlig legemiddelreklame

I Tidsskriftet nr. 10/2006 publiserer Håvard Rein Solhaug og medarbeidere en studie der skriftlig legemiddelreklame evalueres (1). Forfatterne konkluderer blant annet med at legemiddelreklame gjennomgående er ubrukelig i faglig sammenheng.

Legemiddelindustriforeningen (LMI) mener det ikke er grunnlag for å trekke en så bastant konklusjon. Kunnskap om og forskrivning av legemidler skal selvfølgelig tuftes på korrekt faglig grunnlag. Dette

hersker det ingen uenighet om. Reklamematerie kan, brukt på riktig måte, likevel være et nyttig supplement i faglig sammenheng. For eksempel kan reklamen rette oppmerksomheten mot og øke interessen for problemstillinger som er belyst i vitenskapelige artikler.

Vi har ikke til hensikt å trekke forfatterens vurderinger i tvil. Likevel er det slik at en vurdering av reklamematerie innebærer en tolking av hva som er reklamepåstander og hva som er mer generelle utsagn som ikke nødvendigvis kreves dokumentert. Det er først når utsagnet kan anses å være en påstand om et preparats medisinske egenskaper eller verdi, at referanse kreves. Det kan også stilles spørsmål ved forfatterens utgangspunkt om at all reklame for legemidler skal være klinisk relevant for å være i tråd med bestemmelsene. Etter vår oppfatning er det avgjørende om opplysningene er egnet til å vilde leseren. For eksempel er det tillatt med angivelse av farmakokinetiske egenskaper som ikke er dokumentert klinisk relevante, så lenge det gjøres slik at mottakeren forstår at det er farmakokinetikk.

Vi stiller oss også undrende til noen av momentene i artikkelen rundt interessekonflikter (1). Det er nå engang slik at den overveiende delen av kliniske studier på legemidler gjøres i samarbeid med eller i regi av legemiddelindustrien. Det er da naturlig og selvfølgelig at interessekonflikter er angitt i publikasjonene. Selvfølgelig utgjør studier brukt til å dokumentere reklame et begrenset utvalg. Det er helt naturlig at det vil være en høyere andel av referanser med interessekonflikter i disse studiene enn i litteraturen generelt.

Legemiddelindustriforeningen er svært opptatt av at industrien skal fremstå som troverdig og at helsetjenesten skal kunne ha tillit til vår informasjon om legemidler og til legemiddelreklame. Derfor ønsker vi denne typen undersøkelser velkommen. Funnene tar vi med oss i vårt videre arbeid med kontinuerlig å forbedre den faglige standarden på informasjonen fra industrien.

Per Olav Kormeset
Legemiddelindustriforeningen

Litteratur

- Solhaug HR, Indermo H, Slørdal L et al. Skriftlig legemiddelreklame – til å stole på? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1314–7.

O. Spigset og medarbeidere svarer:

Vi takker Per Olav Kormeset for kommentarene til artikkelen vår (1). Vi registrerer at Kormeset ikke trekker våre funn og vurderinger i tvil, selv om det kan se ut som om han og vi har litt forskjellige terskler for hva som oppfattes som villedende.

Innlegget gir oss en velkommen mulighet til å presisere og utdype et etter vår mening

viktig forhold: Vi synes ikke at det er påfallende at 61 % av artiklene som ble brukt til å underbygge reklamepåstander, ikke inneholdt opplysninger om forfatterens interessekonflikter i form av industrirelasjoner. Vi mener derimot at det er bemerkelsesverdig at så lite som 7 % av artiklene inneholdt opplysninger om fravær av slike relasjoner og at 32 % av dem ikke inneholdt informasjon om potensielle interessekonflikter.

Vi er tiltakende bekymret over at «den overveiende delen av kliniske studier på legemidler gjøres i samarbeid med eller i regi av legemiddelindustrien» (2). Vi ser stadig at disse forskningsprosjektene planlegges, gjennomføres og rapporteres på en måte som dreier konklusjonene i den retningen legemiddelprodusentene ønsker, noe som også er vist i vitenskapelige undersøkelser (3). Denne uheldige situasjonen forsterkes ytterligere ved at demarkasjonslinjen mellom industri og opinionsdannere i fagmiljøene ofte er vanskelig å få øye på. Marcia Angell skrev i sin tid som sjefredaktør i *New England Journal of Medicine*: «To rely on drug companies for unbiased evaluations of their products makes about as much sense as relying on beer companies to teach us about alcoholism» (4). Hvis man ønsker balansert og seriøs informasjon om legemidler, bør man gå til uavhengige kilder og fagpersoner uten industribindinger.

Olav Spigset
Lars Slørdal
Hanne Indermo
Håvard Rein Solhaug

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Solhaug HR, Indermo H, Slørdal L et al. Skriftlig legemiddelreklame – til å stole på? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1314–7.
2. Kormeset PO. Skriftlig legemiddelreklame. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1946.
3. Als-Nielsen B, Chen W, Gluud C et al. Association of funding and conclusions in randomized drug trials. A reflection of treatment effect or adverse events? JAMA 2003; 290: 921–8.
4. Angell M. The pharmaceutical industry – to whom is it accountable? N Engl J Med 2000; 342: 1902–4.

Latinske koder er ikke god latin

Jørgen Cohn og Haakon Lindekleiv har nylig tatt opp temaet medisinerlatin i Tidsskriftet (1, 2). Begge konkluderer med at undervisningen i latin bør være på et visst minimumsnivå. Kunnskap – også i latin – bør brukes med fornuft og derved ikke i alle sammenhenger.

Som farmasøyt ser jeg ofte romertall og latinske bruksanvisninger og forkortelser på resepter. Dette må legene slutte med, fordi det øker risikoen for medisinfel. Faren for overføringsfeil øker samt faren for tolkingsfeil. Dessuten reduseres muligheten for feilkontroll.

Mange tror at det finnes en offisiell entydig versjon av medisinsk latin. Det gjør det desidert ikke. Latinen varierer mellom miljøene, mellom land, mellom disipliner og fagfelt og mellom utdanningssteder. Ytterst få leger eller annet helsepersonell har fått undervisning i latin som språk, og det de har lært, har de fått fra folk med dårlige basiskunnskaper i latin. Det finnes et utall av dialekter og feil.

Romertall er også fy. Mange leger og kryssordløpere kan dem, men færre og færre andre. Har legen skrevet L eller C? Dette er et forbløffende vanlig reseptproblem, gjerne på preparater i reseptgruppe B. Følgende situasjon er vanlig: Legen snakker med pasienten på norsk. Så skriver legen en resept med romertall og latin, gjerne også med forkortelser. På apoteket må dette oversettes tilbake til et språk som pasienten forstår, av et personale som ikke har hatt undervisning i latin. Prosessen inneholder to unødvendige oversettelser, samtidig som pasienten frarøves muligheten til å lese sin egen resept.

Vær så snill: Slutt med å bruke romertall og latin med forkortelser på reseptene. Og skriv tydelig!

Stein Lyftingsmo
Sykehusapoteket Elverum

Litteratur

1. Cohn J. Medicinerlatin – javist. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1224.
2. Lindekleiv H. Norske legers forståelse av medisinerlatin. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3437–9.

Psykisk helse hos unge voksne – hva gjøres?

Unge voksne, som utgjør en stadig større gruppe i samfunnet, befinner seg i en viktig omstillings- og utviklingsfase i livet. Omstillingen fra barn til voksen er mer langvarig enn før og byr på psykiske belastninger som kommer til uttrykk på forskjellige måter. Dette tydeliggjøres både gjennom en økt etterspørsel etter psykiatrisk og psykologisk hjelp og ved at det forskes mer på gruppen unge voksne.

Erfaringer og kunnskap innen dette området er imidlertid lite samlet. Dette er grunnen til danningen av Nettverket Unge Voksne, som har representanter fra samtlige nordiske land. Nettverket kom til under konferansen Nordiska Unga Vuxna Dagar 2005, en konferanse for terapeuter som arbeider klinisk eller forskningsmessig med unge voksne. Konferansen blir avholdt annenhver høst på Psykoterapiinstituttet i Stockholm, og hittil har fire slike konferanser vært avholdt.

Vi ønsker å kartlegge profesjonelle aktiviteter innen forskning og psykologisk hjelp i vid forstand for unge voksne. Det kan dreie seg om studier av ulike aspekter ved det å være ung voksen, ulike former for

omsorg og behandling, erfaringer og resultater av satsinger eller prosjekter med utgangspunkt i aldersgruppens psykologi. Vi ønsker å samle inn opplysninger fra dem som jobber med slike prosjekter eller aktiviteter. Ta gjerne kontakt med undertegnede om dette (hansole.korsgaard@lds.no).

Neste Nordiska Unga Vuxna Dagar er foreløpig planlagt til 11.–13. oktober 2007 i Stockholm.

Hans Ole Korsgaard
Nic Waals institutt
Lovisenberg Diakonale Sykehus

■ RETTELSE

Paracetamolforgiftning – forekomst og behandling

Rune Aakvik, Dag Jacobsen

Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1731–3

I ovennevnte artikkel i nr. 13–14/2006 s. 1731 under Resultater i sammendraget skal det stå: Av 869 innleggelses på grunn av akutt forgiftning var det 158 som skyldtes paracetamol (18 %). Det samme gjelder s. 1732, 1. linje i 1. spalte: Det var 158 tilfeller (18 %) av mistenkt paracetamolforgiftning.