

S. Frostad svarer:

Den viktigste målgruppen for artikkelen i Tidsskriftet nr. 16/2004 er leger i førstelinjetjenesten. De har ansvar for primærutredning og behandling av en stor gruppe pasienter med spiseforstyrrelser. Ifølge strategiplan mot spiseforstyrrelser, utgitt av Sosial- og helsedepartementet i mars 2000, har omkring 2 800 personer anorexia nervosa, 18 000 har bulimia nervosa og 27 000 overspisingsslidelse. De fleste med anorexia nervosa og bulimia nervosa vil ha forstyrrelser i vitamin- og mineralstatus som lar seg korrigerer med kosttilskudd og vanlig mat, men en del vil trenge ekstra tilførsel. Det foreligger omfattende dokumentasjon for eksistensen av et stort spekter av mangeltilstander hos personer med spiseforstyrrelser. Det vil etter min mening ikke være riktig ressursbruk å anbefale omfattende utredning med tanke på mangeltilstander som rutine dersom dette ikke forventes å medføre betydelige endringer i behandlingen. Den biokjemiske diagnostikken bør i størst mulig grad baseres på klinisk mistanke.

En del av pasientene med anorexia nervosa og enkelte med andre spiseforstyrrelser vil ha betydelig redusert inntak av fett, noen ganger i form av fettfobi. Dersom det foreligger klinisk mistanke om betydelig forstyrret fettinntak, bør pasienten utredes med tanke på mangel på fettløselige vitaminer, og det kan være aktuelt å gjøre kontrollmålinger for å se at pasienten oppnår akseptable serumnivåer for de klinisk mest aktuelle fettløselige vitaminene, f.eks. vitamin D. Av plasshensyn ble ikke dette tatt med i artikkelen. Dersom pasienten lider av ekstrem underernæring, slik vi ser blant sykehusinnlagte pasienter, vil det ofte være aktuelt med omfattende utredning for å kartlegge ernæringstilstanden. Rutinemessig utredning med tanke på avdekke mangel på vitaminene A, D, E og K, folat, vitamin B₆ og B₁₂ og bestemmelse av homocystein og metylmalonsyre kan være aktuelt for slike pasienter. Men intensjonen med artikkelen var ikke å beskrive utredning og behandling ved de mest alvorlige underernæringstilstandene.

Ferritin er en klart bedre biomarkør for jernstatus enn hemoglobin. Dette anses som så kjent at nærmere omtale ikke er nødvendig.

I de fleste fagmiljøer bruker man fortsatt standardiserte regimer for tilførsel av vitaminer og mineraler. De siste årene har lettere tilgang på analyser med god sensitivitet og spesifisitet gitt bedre mulighet for diagnostikk og monitorering av en rekke spesifikke mangeltilstander. Det er etter min mening grunn til å tro at slik diagnostikk vil spille en stadig mer sentral rolle i utredning av denne pasientgruppen.

Stein Frostad

Haukeland Universitetssjukehus

Vitamin K-analyse i blod

I Tidsskriftet nr.12/2004 påpeker Christian Drevon og medarbeidere at mangel på vitamin K kan ha uheldige effekter utover effekten på blødningsstid (1). De slutter seg til amerikanske anbefalinger om daglig inntak av 0,5–1 µg vitamin K₁ (fyllokinon) per kilo legemsvekt og anbefaler grønne grønnsaker med høyt innhold av fyllokinon til personer med vitamin K-mangel, for eksempel ved «dårlig kosthold».

Det nominelle fyllokinoninnholdet i grønnsaker, slik det er anført i kosttabellene, er ikke lik mengden som frigjøres under fysiologiske forhold. Etter fordøyelsen er fyllokinonutbyttet fra grønnsaker langt lavere, men det bedres betraktelig ved tilsetning av fett. Drevon og medarbeidere beskriver dette, men når de skal konkludere, blir betydningen av fett borte. Dessuten tyder lite påaktede studier på at utvasking av fyllokinon fra vevene snarere skjer over uker enn over dager (2, 3). Disse forhold innebærer at dagsdosen som skal til for å opprettholde en akseptabel K-vitaminstatus, er langt lavere enn anbefalingene tilsier. En tidel kan være nok hvis vitamin K inntas i form av en fet matvare, mens behovet kan være vanskelig å dekke ved fettfrie grønnsaker alene.

Drevon hevder at «det er indisert å gjøre måling av vitamin K ved mistanke om dårlig ernæringsstatus, som ved malabsorpsjon eller mangelfullt kosthold. Vitamin K-måling bør også vurderes i forbindelse med mistanke om osteoporose» (1). Stort nærmere en oppfordring til villscreening i allmennpraksis kan man knapt komme. Mener Drevon og medarbeidere at man skal måle ukentlig eller kanskje enda oftere? Vitamin K-mangel kan bli blant de største forretningsområdene for norske private laboratorier, blant annet Drevons.

Det finnes alternativer til å måle fyllokinon i allmennpraksis. Mistanke om mangelfullt kosthold kan utredes ved anamnese. I denne sammenheng kan et mangelfullt kosthold være et kosthold med for lavt fettinnhold. Men lavt fettinntak er jo nettopp hva norske kostholdsekspertene, med Drevon i spissen, synes å anbefale. Malabsorpsjonsutredning foregår i hovedsak i sykehus, der legen kan forordne peroralt eller parenteralt vitamin K-tilskudd for folketrygdens regning. Ved osteoporose er måling av vitamin K meningsløst, for nivået av vitamin K representerer de siste ukers inntak og opptak og ikke nivået under den årelange demineraliseringen av skjelettet.

Vitamin K-målinger i plasma eller serum kan være nyttig på gjennomtenkt indikasjon ved oppfølging av selekterte pasienter i sykehus, men det kan ikke forsvares for screeningsformål i allmennpraksis.

Gaut Gadeholt

Rikshospitalet

Litteratur

1. Drevon CA, Henriksen HB, Sanderud M et al. Biologiske effekter av vitamin K og forekomst i norsk kosthold. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1650–4.
2. Olson RE, Chao J, Graham D et al. Total body phyloquinone and its turnover in human subjects at two levels of vitamin K intake. Br J Nutr 2002; 87: 543–53.
3. Ferland G, Sadowski JA, O'Brien ME. Dietary induced subclinical vitamin K deficiency in normal human subjects. J Clin Invest 1993; 91: 1761–8.

C.A. Drevon og medarbeidere svarer:

Gaut Gadeholt påpeker at absorpsjonen av vitamin K er bedre ved inntak sammen med fett enn det som fremkommer i sammenbraget av vår artikkel, men hans angitte referanser har ikke originaldata om dette (1, 2). Noen data tyder på at vitamin K spist sammen med fett har høyere biotilgjengelighet enn ellers (3), mens andre viser at det ikke er noen forskjell (4). Mennesket spiser ikke ren vitamin K, vi har et blandet kosthold som også inneholder fett. Man bør derfor være forsiktig med bastante uttalelser om hva fettinntaket skal være for å få et optimalt vitamin K-opptak.

Gadeholt påstår at vi slutter oss til amerikanske anbefalinger om daglig inntak av 0,5–1 µg vitamin K per kilo kroppsvekt. Dette er dagens anbefaling i Norge, mens den amerikanske anbefalingen er 90 µg/dag for kvinner og 120 µg/dag for menn. Både norske og amerikanske anbefalinger ligger med andre ord betydelig høyere enn det faktiske inntak i norsk kosthold i dag.

I artiklene Gadeholt refererer til angis den biologiske halveringstid som omtalt i vår artikkel (1–2 døgn). Påstandene om at det skal mye lavere vitamin K-dose til ved inntak av fete matvarer enn grønnsaker, savner god dokumentasjon.

Gadeholts påstand om villscreening faller på sin egen urimelighet. Det kan være aktuelt å måle vitamin K-nivået i løpet av uker for å kontrollere om ekstra tilførsel har ført til bedret status, men dette er selvsagt avhengig av hvordan kliniske og andre forhold fortoner seg. Anamnese er selvfølgelig viktig, men de fleste leger i Norge er ikke klar over at vitamin K-nivået i plasma kan måles. Påstanden om at plasmanivået av vitamin K representerer de siste ukers inntak er riktig, men fremdeles relevant, fordi de fleste mennesker har relativt stabile matvaner.

Gadeholts påstand om at norske kostholdsekspertene råder befolkningen til et mangelfullt kosthold, vitner om uvilje eller liten evne til å få med seg anbefalingene. De offisielle norske/nordiske næringsstoffanbefalinger er relativt like de fleste europeiske og de amerikanske (med noen få unntak).

Allmennpraktikere bør selvfølgelig utrede både malabsorpsjon og dårlig kosthold ved mistanke. Det er unødvendig at slik utredning skal foretas av spesialister.

Christian A. Drevon

Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Olson RE, Chao J, Graham D et al. Total body phyloquinone and its turnover in human subjects at two levels of vitamin K intake. *Br J Nutr* 2002; 87: 543–53.
2. Ferland G, Sadowski JA, O'Brien ME. Dietary induced subclinical vitamin K deficiency in normal human subjects. *J Clin Invest* 1993; 91: 1761–8.
3. Gijssbers BL, Jie KS, Vermeer C. Effect of food composition on vitamin K absorption in human volunteers. *Br J Nutr* 1996; 76: 223–9.
4. Booth SL, O'Brien-Morse ME, Dallal GE et al. Response of vitamin K status to different intakes and sources of phyloquinone-rich foods: comparison of younger and older adults. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 368–77.

Generalforsamlingen består i Aplf

Dette var overskriften på en artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2004 (1) etter at generalforsamlingen i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) i august besluttet at man ikke skulle nedlegge seg selv. Vedtaket var neppe overraskende ut fra et sosiologisk perspektiv. Strukturutvalget i Aplf hadde foreslått å erstatte generalforsamlingen med et representativt landsråd som foreningens øverste organ.

Som tidligere medlem i organisasjonsutvalget i Legeforeningen fattet jeg interesse for saken. Generalforsamlingsbaserte organisasjonsledd bærer i seg et demokratisk underskudd, i og med at en generalforsamling ikke er valgt og dermed ikke representerer noen andre enn de medlemmer som av ulike grunner befinner seg i lokalet når det er generalforsamling. De fleste i organisasjonsutvalget mente at dette ikke betyr så mye i spesialforeningene, ettersom de i prinsippet kun skal beskjefte seg med faglige spørsmål. Noe annerledes er det for fagforeningsledd og/eller tunge helsepolitiske aktører som Aplf. Hvem taler når Aplf uttaler seg om for eksempel fastlegeordningen? Er det 20 leger i Buskerud og en håndfull «toneangivende» gjengangere på generalforsamlingene? Eller gjenspeiler uttalelsene hva alle medlemmer samlet sett mener?

Det er ikke sikkert Tidsskriftet har gjengett debatten på generalforsamlingen i Aplf på en balansert måte, men argumentene som ble gjengitt, virket lite gjennomtenkte. Ett av argumentene som ble omtalt i Tidsskriftet var at et landsråd ville bety en begrensning av medlemmenes mulighet til å ytre seg. I andre deler av Legeforeningen praktiseres åpne møter der alle medlemmer har talerett, men begrenset forslagsrett og ingen stemmerett. Det er stemmeretten som her er det sentrale. Friheten til å uttrykke seg begrenses ikke.

Et annet argument som ble omtalt, var at man aldri hadde opplevd at generalforsamlingen var blitt kuppet. Spørsmålet er vel heller hvor mye et avstemningsresultat fra en generalforsamling i Alta vil avvike fra en generalforsamling avholdt i Oslo eller fra et representativt organ som for eksempel et landsråd sammensatt forholdsmessig

etter antall medlemmer i hvert fylke. Det er kanskje noe sånt Gunnar Ramstad siktet til da han trakk frem, ifølge referatet i Tidsskriftet (1), «at ingen kan dokumentere at forslaget vil gi bedre representasjon».

Det ble også hevdet at en nedleggelse av generalforsamlingen i Aplf ville innebære en konsentrasjon av makt. Til det er å si at bare 56 av Aplfs vel 4 000 medlemmer var til stede på generalforsamlingen i Drammen. Er ikke det en konsentrasjon av makt? Spørsmålet er vel heller hvem som skal ha makt – en tilfeldig generalforsamling eller et representativt landsråd. Det bestemmer altså generalforsamlingen selv.

Hans-Petter Næss

Tønsberg

Litteratur

1. Thommesen KM, Andersen EJ. Generalforsamlingen består i Aplf. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2527.

Legevendelrot

I juni måned kan man i Oslo-området finne en plante som heter legevendelrot. Det er først når man bruker det latinske navn *Valeriana officinalis* at man blir minnet om hvilken medisinsk betydning den har. *Officina* (lat.) er verksted, fabrikk. *Officinell* er legemiddel som er opptatt i en farmakopé. Planten kan ligne en skjermplante (fig 1), men den hører til vendelrotfamilien. Fargen er blekrosa til hvit. Den har en vammel duft som virker som et afrodisiakum på katter (1). Navnet vendelrot kan ha sammenheng med det å få de onde makter til å vende om (2).



Legevendelrot. Foto Kjell A. Nøkleby

Uttrekk av røttene har helt siden oldtiden vært brukt i dyremedisinen og skolemedisinen. Det er som beroligende middel planten er kjent (1). Vendelrot er nevnt i de over 2 000 år gamle hippokratiske skrifter (2). Man får fremdeles Valerianatinktur NAF på apoteket. Det er en 20 % tinktur av valerianarot og 65 % etanol. Anbefalt dosering er 10–20 dråper om gangen. Olje fra valeriana virker depressivt på sentralnervesystemet (3) og har vært foreskrevet mot hysteri, hypokondri, insomni og som anti-krampemiddel ved epilepsi. Det sedative hovedstoffet i valeriana er monoterpenvalerianol (3). Medisinsk bruk av planten utover tre måneder frarådes pga. en viss risiko for tilvenning (4).

Legevendelrot er svært sjelden (5), men stort sett finnes de samme virksomme stoffene i vanlig vendelrot, *Valeriana sambucifolia*, (med blader som *sambucus*, hyll) og strandvendelrot, *Valeriana salina*. Disse finnes over hele landet (6).

Bildet er tatt 21.6. 2004 nær Sandvikselven, ca. 1/2 km fra Sandvika.

Kjell A. Nøkleby

Sandvika

Litteratur

1. Ryvarden L. Norges planter. Bd. 4. Oslo: Cappelen, 1994.
2. Høeg OA. Våre medisinske planter. Oslo: Forlaget Det Beste, 1984.
3. Lewis WH, Elvin-Lewis MPF. Medical botany. New York: John Wiley, 1977.
4. Launart E. Edible and medicinal plants. London: Hamlyn, 1981.
5. Høiland K. Naturens legende planter. Oslo: Hjermets bokforlag, 1978.
6. Wischmann F, hovedred. Ville planter i Norge. Oslo: Forlaget Det Beste, 1993.

Stimulering av forskning i Helse Midt-Norge

I Helse Midt-Norge driver enkeltindivider forskning mot en doktorgrad. Det er et langt løp, med en smal spiss. Det er behov for å gjøre basen for forskning og utvikling bredere. Etter en forespørsel fra Ålesund sykehus om et forskningssamarbeid i regionen og et planleggingsmøte høsten 2002, ble det startet opp et ettårig forskerkurs innen psykiatri i Ålesund og Volda med forskningsveileder fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Kurset la vekt på forskning som et praktisk håndverk. Deltakerne skulle i løpet av kurset gjennomføre et vitenskapelig arbeid, enten i form av en litteraturgjennomgang eller en empirisk studie. Kurset var en miniversjon av det toårige forskningskurset som har vært gjennomført i psykiatri i Trondheim siden 1978 (1) og som har ledet til 22 doktorgrader.

Ti hele dager ble brukt til månedlige samlinger med teoretisk og praktisk basert innlegg av kursleder. Deretter var det individuell veiledning i grupper. Over 30 delta-