

Det lægen ikke ved!

Prævalensen af forbruget af kosttilskud,
naturmedicin og vitaminer i almen praksis



Forskningstræningsopgave,
Forår 2016, hold 30

Maria Tudborg Løgstrup, Bjørn Sørensen & Louise Bang Jensen

Indhold

Introduktion.....	3
Formål.....	4
Materiale og Metode.....	5
Resultater	6
Forbrug af naturmedicin fordelt på deltagende praksis	6
Kønsfordeling.....	6
Aldersfordeling	7
Kronisk sygdom.....	7
Receptpligtig medicin	8
Anbefalinger	8
Talt med egen læge (e.l.).....	9
KNV fordeling i undersøgelsespopulationen	10
Datatabel over alle indsamlede data:.....	11
Diskussion	12
Konklusion	14
Bilag 1, Spørgeskema.....	15
Bilag 2, IRF interaktionsoversigt	16
Litteratur.....	17

Introduktion

Naturlægemidler og kosttilskud har været anvendt til behandling af helbredsproblemer igennem årtusinder og er det medicinalhistoriske udgangspunkt for medicinsk behandling af sygdomme.

Naturlægemidler udvindes fra vegetabilsk, animalsk og mineralsk materiale og er naturprodukter ofte med en heterogen sammensætning af mulige biologisk aktive stoffer. Den eksakte biokemiske og fysiologiske virkningsmekanisme er ofte ikke kendt. Naturlægemidler, stærke vitamin- og mineralpræparater, traditionelle plantelægemidler og homøopatiske lægemidler betragtes alle som lægemidler og hører under lægemiddelloven. Kosttilskud er ikke registreret til behandling af sygdom, men hører under fødevarerloven og registreres hos Fødevarestyrelsen, og må derfor markedsføres som et ernæringspræparat. Som konventionelle lægemidler skal naturlægemidler godkendes af Sundhedsstyrelsen. Der stilles krav til lægemidlets virkning og kvalitet. Producenterne skal, for at opnå markedsføringstilladelse, dokumentere medicinens virkning, f.eks. ved henvisning til viden om lægeplanter og relevant publiceret anerkendt faglitteratur. Som ved salg af anden medicin følger ved naturmedicin en indlægsseddel, hvor forbrugeren kan læse om virkning og bivirkninger ved produktet. Der kræves ikke dokumentation i form af randomiserede kliniske undersøgelser, hvor medicinen testes videnskabeligt på dyr eller mennesker. Modsat konventionelle lægemidler, er naturlægemidler ofte i mindre grad undersøgt toksikologisk, farmakokinetisk og farmakodynamisk. Evidens for optimal dosering, dokumentation af mulige bivirkninger og interaktioner med andre lægemidler er ofte ringere belyst sammenholdt med konventionel lægeordineret medicin.^{1,2}

Naturmedicin må sælges fra materialister, helsebutikker, apoteker og web-shops. Generelt opfattes naturlægemidler i befolkningen som et sikkert og i nogle tilfælde sundere alternativ til lægeordineret medicin. Lægemidlerne bruges alene, som supplement eller alternativ til konventionelle lægemidler. Naturmedicin tages ofte uden lægefaglig rådgivning, hvorfor der ikke er taget højde for indikation, fordele og ulemper eller afvejning i en biomedicinsk kontekst mht. anden medicinsk behandling og komorbide lidelser.³

Generelt, givet på faste indikationer, er evidensen for effekten af naturlægemidler svagere end for konventionelle lægemidler. Ofte er der ikke entydigt fundet effekt af lægemidlerne i klinisk kontrollerede studier. Mange undersøgelser af naturlægemidler er usammenlignelige og har metodologiske svagheder. Det er imidlertid veldokumenteret og en kendsgerning, at brug af naturmedicin kan give anledning til alvorlige interaktioner med andre lægemidler, medføre forgiftninger, blødningstendens og behandlingssvigt af anden medicinsk behandling.⁴

Da brugen af kosttilskud, naturmedicin og vitaminpræparater (KNV) ikke systematisk registreres, foreligger der ikke nye præcise tal for omfanget af brugen i den generelle befolkning. En interview-baseret undersøgelse fra 2005 fandt at 15,5 % af adspurgte voksne danskere havde brugt naturmedicin inden for en 2 ugers periode. Undersøgelser fra patientforeninger viser et udbredt brug af naturmedicin hos patienter med gigtlidelser, hjerte-karsygdomme og cancer.⁵ Ligeledes synes kronisk sygdom at være associeret med øget brug af KNV.⁶

Vi mener, at der lægefagligt er behov for øget fokus på og viden om patienters brug af naturmedicin, risici forbundet med brugen af toksikologisk art og interaktion af KNV med igangværende behandling.

I forbindelse med medicingennemgang med patienter i praksis finder vi, at det er hensigtsmæssigt at konventionel såvel som naturmedicin indgår, således indikation, dosis, fordele, ulemper og evt. interaktioner drøftes og behandlingskvaliteten sikres.

Vi ønsker at beskrive, hvor udbredt brugen af KNV er, og herunder om indtag foregår med eller uden lægefaglig vejledning eller med eller uden lægens viden. Desuden ønsker vi at diskutere, om brugen

kan udgøre en sundhedsmæssig risiko for interaktioner med lægeordnede medikamenter, og herunder også, om der er brug for yderligere lægefaglig viden vedr. KNV og deres farmakologiske virkning. Vi formoder at kunne eftervise, at brugen af KNV er udbredt hos lægesøge patienter, og særligt hos patienter med kronisk sygdom og hos patienter i behandling med konventionelle lægemidler. Endelig vil vi diskutere behovet for evt. mere dialog mellem læge og patient vedrørende brug af KNV.

Formål

Formålet med denne forskningsopgave er at belyse omfanget af forbrug af KNV i almen praksis. Desuden ønsker vi at kunne identificere de bruger-grupper, hvor øgede pt.-læge dialog omkring brugen af KNV vil være hensigtsmæssig.

Materiale og Metode

Vi var i gruppen enige om, at vi ønskede at undersøge, hvor udbredt forbruget af KNV var i vores praksis, hvorfor vi valgte, at opgaven skulle bygge på en spørgeskemaundersøgelse. For at skaffe baggrundsviden foretog vi søgning i PubMed på bl.a. "dietary supplements AND herbal medicin" hvilket gav 754 hits. Vi indsnævrede søgningen ved at tilføje AND Denmark, hvorefter vi fik 9 hits. Vi foretog ligeledes MeSH søgninger på bl.a. "nonprescription drugs", "over the counter", "herbal" m.fl. Vi udvalgte artikler ud fra, hvad vi fandt relevant mht. forbruget af naturmedicin, udbredelsen, evt. bivirkninger og interaktioner med lægeordineret medicin. Vi læste abstracts og ved de artikler vi fandt det relevant læste vi hele artiklen.

Vi har endvidere fundet information fra DTU fødevareinstituttet undersøgelse fra 2014 "Danskernes forbrug af kosttilskud", Retsinformation.dk/"Bekendtgørelse om kosttilskud", Fødevarestyrelsens "Vejledning om kosttilskud" samt Sundhedsstyrelsens opgørelse over antal, uddannelse og behandlertyper inden for alternative behandlere.

Vi udfærdigede et spørgeskema ud fra de parametre vi gerne ville belyse. Spørgsmål og svarkategorier var uden fagsprog og var dermed sikret at være forståelig for lægfolk^{7,8} (se spørgeskemaet, bilag 1).

For at sikre høj motivation for at besvare, samt for at overkomme eventuelle misfortolkninger valgte vi, at spørgeskemaerne blev udfyldt sammen med lægen.

Vi har til udfærdigelsen af spørgeskemaet bevidst ikke anvendt videnskabelige validerede redskaber som fx Item Response Theory eller Rasch-modellen pga. et tidsmæssigt aspekt.

Inklusion	Deltagere	Fremgangsmåde
Alle 3 forfattere af opgaven udfyldte spørgeskemaet sammen med samtlige af de pt.'er de så, i en periode over 4 arbejdsdage (Mandag, tirsdag samt torsdag, fredag i uge 6 2016). Enkelte pt.'er blev ikke tilbudt at medvirke pga. travlhed eller pga. pt.'ens tilstand	Deltagere i undersøgelsen var tilfældige pt.'er og evt. pårørende, som havde en konsultation med den pågældende læge, på de udvalgte dage.	Når en konsultation var slut, spurgte lægen, om pt.'en og evt. pårørende ville deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Spørgeskemaet blev udfyldt sammen med lægen og mens pt.'en fortsat var i konsultationen. Ingen pt.'er sagde "nej" til at deltage.

Pt.'erne som deltog i undersøgelsen blev inkluderet tilfældigt. Deltagerne fik tid til konsultation uden at personale eller øvrige læger i klinikken vidste, at der den pågældende dag skulle være indsamling af data. På de fire omtalte dage har vi ikke selv sat pt.'er på til konsultation.

Vi sammenlignede efterfølgende resultater mht. ligheder og forskelle og sammenholdte alle data i et skema og flere grafer.

Vi stilede efter at få omkring 100 besvarelser af spørgeskemaet i alt, men at der nøjagtig er 100 deltagere er en tilfældighed.

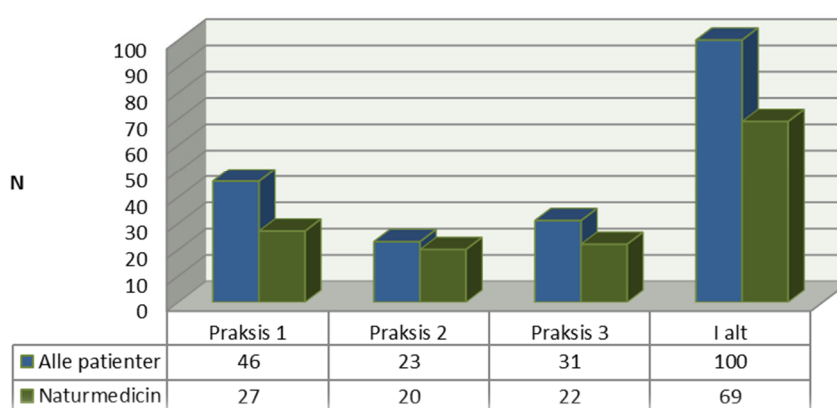
Resultater

Forbrug af naturmedicin fordelt på deltagende praksis

100 deltagere i alt fordelt på 3 praksis. Gennemsnitligt anvendte 69 % af patienterne KNV fordelt således:

- Praksis 1: 59 %
- Praksis 2: 87 %
- Praksis 3: 71 %

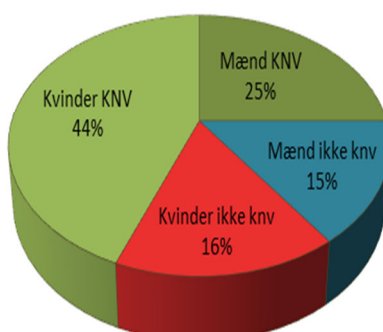
Forbrug af naturmedicin fordelt på deltagende praksis



Kønsfordeling

Kønsfordelingen i undersøgelsespopulationen udgjordes af 60 % kvinder og 40 % mænd. 73 % af de deltagende kvinder og 63 % af de deltagende mænd anvendte KNV.

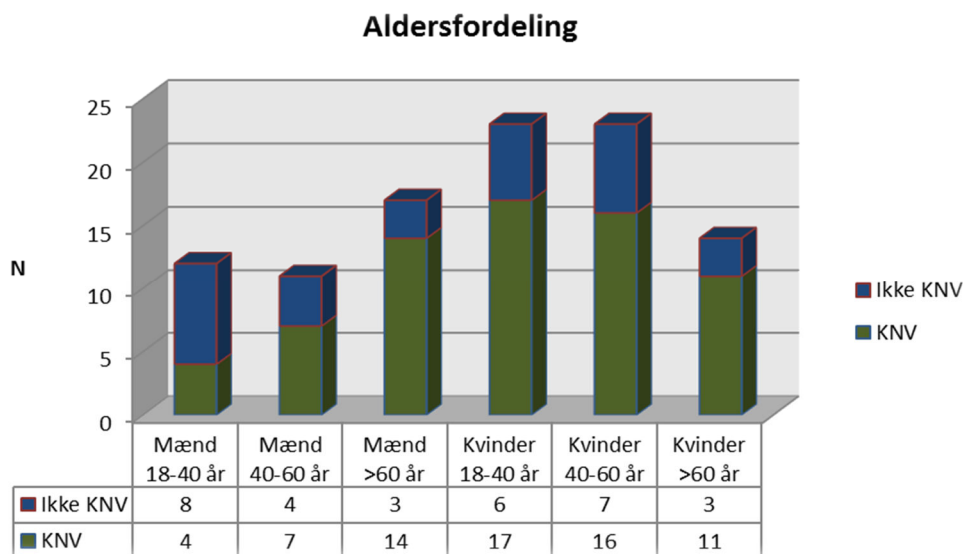
Kønsfordeling af brugere af KNV



Aldersfordeling

Aldersfordelingen i undersøgelsespopulationen fordelt i grupperne 18-40 år, 40-60 år og > 60 år var henholdsvis 35 %, 34 % og 31 %.

I gruppen Mænd 18-40 år anvendte 33 % KNV, hos kvinder i samme aldersgruppe brugtes KNV af 73 % og dermed markant hyppigere. I aldersgruppen 40-60 år var brugen af KNV hos mænd og kvinder mere jævnbyrdig, henholdsvis 63 % og 69 %. Hos de ældste anvendte 82 % af mændene og 78 % af kvinderne KNV.

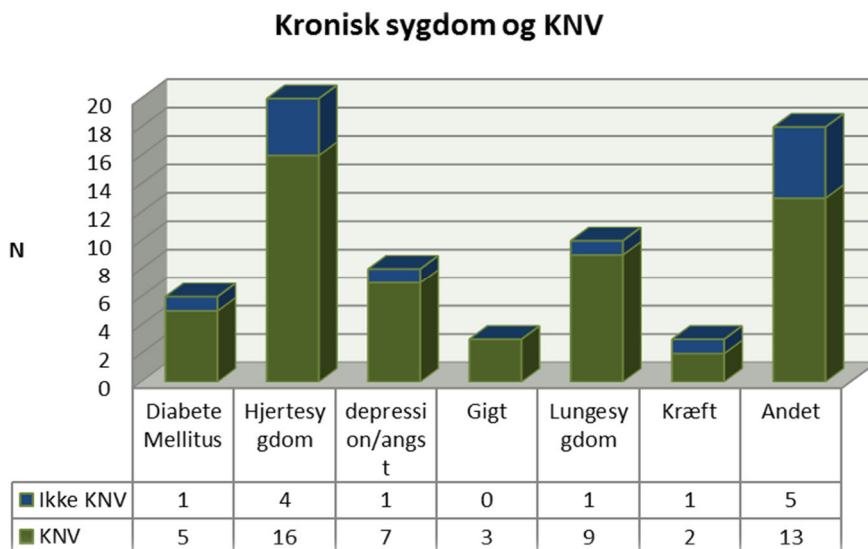


Kronisk sygdom

Forekomsten af kronisk sygdom i undersøgelsespopulationen, var højere end gennemsnitsbefolkningen, hvilken må forventes, da deltagerne alle var lægesøgende. Klassifikationen af grupperne er af praktiske årsager ikke detaljeret, således kan hjertesygdom f.eks. omfatte atrieflimren, hypertension eller incompensatio cordis.

Brug af KNV hos deltagere med kronisk sygdom var lidt højere end hos deltagere uden kronisk sygdom. Hos kronikere anvendtes KNV af 83 % diabetikere, 80 % med hjertesygdom, 88 % med Depression/angst, 100 % med Gigt, 90 % med lungesygdom, 67 % med Kræft og 72 % med andre lidelser.

Den gennemsnitlige hyppighed af brug af KNV i gruppen af patienter med kronisk sygdom var 70 %. Gennemsnittet i gruppen af patienter uden kronisk sygdom var 67 %.



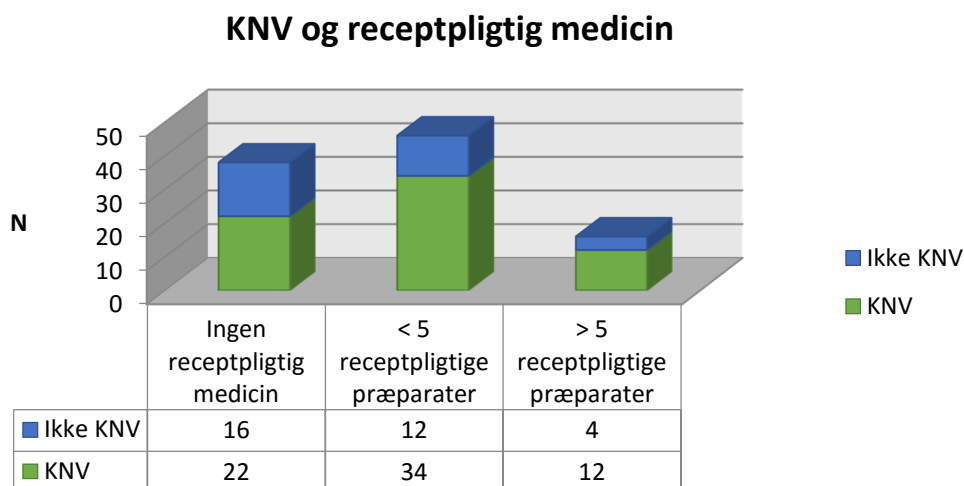
Receptpligtig medicin

KNV og konventionel medicinindtag:

38 % i alt fik ingen lægeordineret medicin, 42 % af disse benyttede KNV.

46 % i alt fik < 5 receptpligtige lægemidler, 26 % af disse benyttede KNV.

16 % i alt fik > 5 receptpligtige, 25 % af disse benyttede KNV.



Anbefalinger

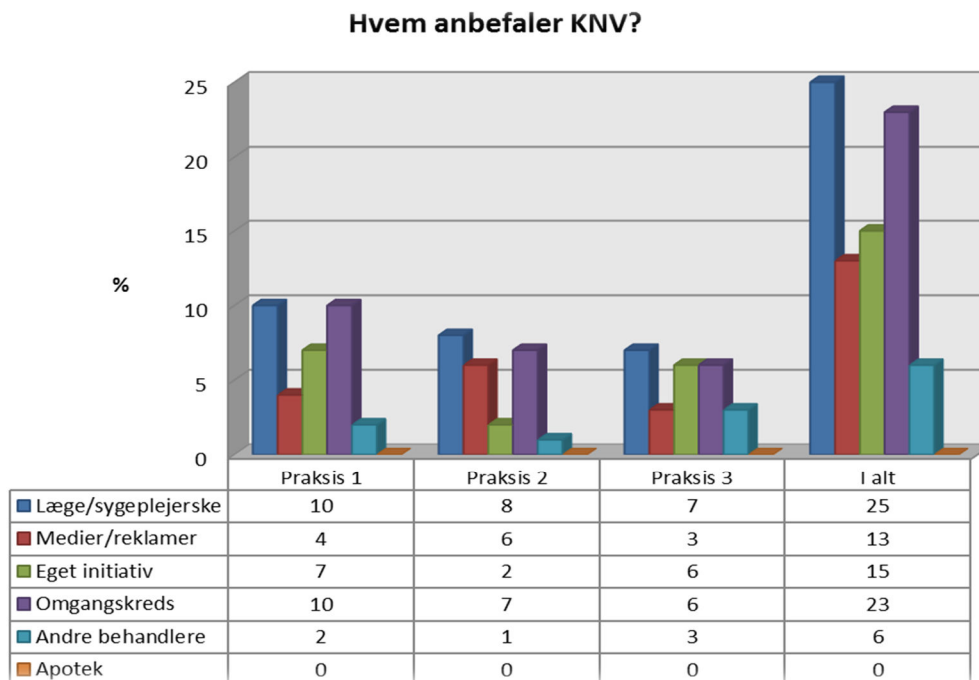
Vi ønskede at belyse, hvem der anbefalede og rådgav patienterne vedr. brug af KNV. Det viste sig, at læger og sundhedspersonale i 25 % af tilfældene opfordrede til brugen. Der anbefalede sandsynligvis overvejende vitamintilskud ved mangeltilstande eller ved risiko for følger af avitaminose f.eks ved malabsorption eller osteopeni. Anden veldokumenteret evidens virksomt naturmedicin f. eks fiskeolie, anbefales sandsynligvis også hyppigt af sundhedspersonale (vi har i dette studie ikke nærmere specificeret, hvilke præparater der har været anbefalet af sundhedspersonale).

Omtrent lige så hyppigt var det patienternes omgangskreds, der anbefalede KNV (23 %).

Medier og reklamer spillede en mindre rolle (13 %), men den anderledes markedsføringslovgivning vedrørende kosttilskud er formentlig væsentlig for udbredelsen af KNV.

15 % tog KNV på eget initiativ.

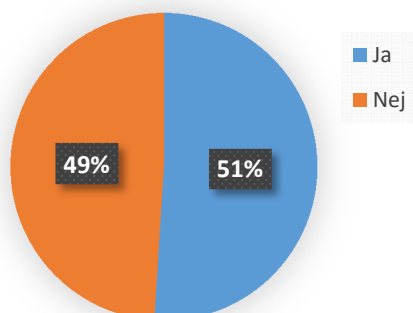
Bare 6 % af patienterne angav at "andre behandlere" havde anbefalet dem KNV og ingen i undersøgelsen, mod vores forventning, var blevet anbefalet KNV fra Apoteket.



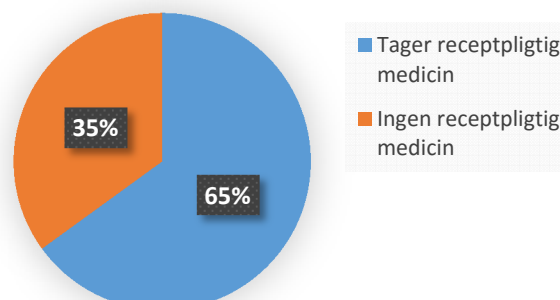
Talt med egen læge (e.l.)

I alt tager 69 patienter KNV og af disse har 34 ikke drøftet brugen med egen læge (sv.t. 49 %). Af dem der ikke har talt med egen læge tager 22 ud af de 34 både KNV og receptpligtig medicin (sv.t. 65 %), fordelt med 6 % som tager > 5 præg. og 59 % som tager < 5 præg.

Talt med læge vedr. KNV



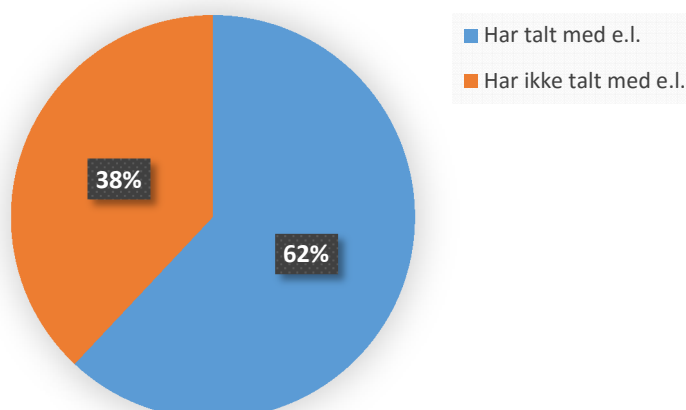
Ikke talt med læge om KNV



I vores studie finder vi, at 50 % af de brugere af KNV, der ikke har talt med e.l. har en kronisk sygdom. (17 kronikere ud af i alt 34 som ikke har talt med e.l.)

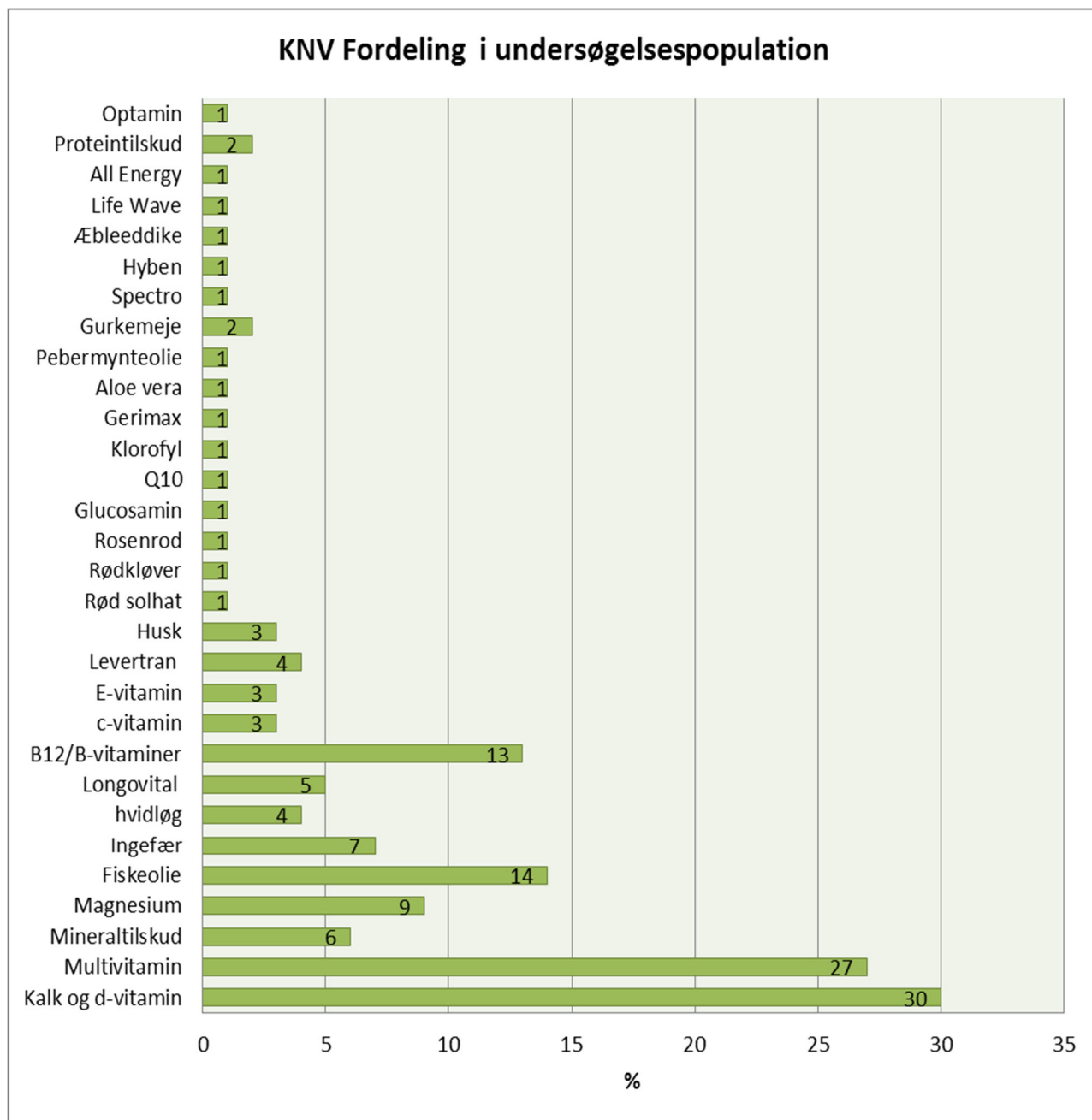
Der er 17 ud af de i alt 45 kronikere, der benytter KNV, der ikke har talt med e.l. (sv.t. 38 %). De resterende kronikere, som benytter KNV (62 %) har talt med e.l.).

Kronikere som benytter KNV



[KNV fordeling i undersøgelsespopulationen](#)

Registrerede KNV i undersøgelsen er overvejende vitamin og mineraltilskud. Intet specifikt mønster i brugen blandt grupperne kunne identificeres.



[Datatabel over alle indsamlede data](#)

	Deltagere		Kronisk sygdom		Ingen receptpligtige lægemidler		< 5 lægemidler		> 5 lægemidler	
<i>Brug af KNV</i>	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
<i>Mænd i alt</i>	25	15	15	6	7	10	10	4	7	2
18-40 år	4	8	1	0	4	8	1	0	0	0
40-60 år	7	4	1	2	2	1	3	3	0	1
>60 år	14	3	9	2	0	1	7	1	7	1
<i>Kvinder i alt</i>	44	16	30	13	15	6	24	8	5	2
18-40 år	17	6	8	1	8	4	9	2	0	0
40-60	16	7	9	3	9	2	8	5	0	0
>60 år	11	3	10	3	0	0	6	1	5	2
<i>Personer i alt</i>	69	31	45	19	22	16	34	12	12	4

Diskussion

100 tilfældigt udvalgte pt.'er over 18 år fordelt på 3 praksis deltog i spørgeskemaundersøgelse vedr. forbruget af KNV. Vi fandt frem til, at 73 % af kvinder og 63 % af mænd anvendte KNV (69 % af alle). Brug af KNV var lidt højere hos deltagerne, som havde kronisk sygdom og som derfor også for de flestes vedkommende fik receptpligtig medicin. 83 % af diabetikere, 80 % med hjertesygdom, 88 % med depression/angst, 100 % med gigtsygdom, 90 % af dem med langesygdom, 67 % med kræft og 72 % af dem med anden kronisk sygdom benyttede KNV.

Når man i stedet betragter aldersfordelingen, så det ud til, at unge mænd 18-40 år benyttede KNV i mindre omfang end kvinderne (hhv. 33 % og 73 %). Men efter 40 års alderen, var fordelingen af brugen af KNV stort set ligeligt fordelt hos mænd og kvinder.

Lignende resultater findes, når der sammenlignes med fx fødevarestyrelsens undersøgelse af danskernes forbrug af kosttilskud⁹, hvor der findes en overvægt af kvinder, der benytter KNV. Dog er der i denne undersøgelse overvægt af kvinder uanset alder.

Salg af naturmedicin er en voksende industri, som kræver lægelig årvågenhed ift. polyfarmaci og mulige interaktioner.¹⁰ Naturmedicin deler ofte samme metaboliske nedbrydningssystemer som receptpligtig medicin, hvilket kan øge risikoen for interaktioner mellem receptpligtig- og naturmedicin. Ældre er specielt udsatte, da de udgør den største gruppe af brugere af receptpligtig medicin og dermed er i højere risiko for interaktioner pga. polyfarmaci.¹¹

Vi har med dette studie ønsket at belyse forbruget af KNV, for at få en ide om, hvorvidt det kan have betydning i vores daglige virke og skal indgå som en overvejelse, når man fx taler om bivirkninger til konventionel medicin. Der er flere undersøgelser vedr. evt. interaktioner med konventionel medicin og naturpræparater, men langt fra udtømmende viden inden for dette felt. Som faggruppe er vi nødt til at være bedre rustet til at gennemskue mulige interaktioner. Vi er ikke skolet i naturmedicin, og det bedste redskab vi har til at søge den information er interaktionsdatabasen, som langt fra er fyldestgørende nok, da en stor del af naturmedicin ikke kan søges der. Information kan også søges på bl.a. Institut for Rationel Farmakoterapi, hvor der er lavet en oversigt over udvalgte naturprodukter og deres interaktioner med diverse lægeordnede præparater¹². Se bilag 2. Dog benytter IRF også interaktionsdatabasen som den ene ud af kun 4 referencer, hvor de andre er Sundhedsstyrelsens produktresumer, klinisk biokemisk afd. Bispebjerg og en enkelt artikel: OTC analgesics and drug interactions; clinical implications. Sundhedsstyrelsens råd vedr. alternativ behandling bygger på en Cochrane analyse omkring bivirkninger af naturmedicin. Men der findes rigtig mange forskellige naturpræparater på markedet og det er langt fra alle, som er undersøgt.

Vi har med dette studie belyst, at det kan være yderst relevant at spørge ind til forbruget af KNV, da vi overraskende fandt, at forbruget er langt mere udbredt end vi først antog (69 % i dette studie benyttede KNV). Det er vigtigt, at vi som læger er opmærksomme på patienter, som får både lægeordneret medicin samt tilskud af naturmedicin, og det er af stor vigtighed at få en god medicinanamnese for at undgå mulige interaktioner. Ud fra vores undersøgelse ser vi, at der er en overvægt af brug af KNV blandt pt.'er med kronisk sygdom. Fra litteraturen ser det ud til, at specielt antikoagulerende medicin indgår i en del interaktioner med naturmedicin. Men om dette skyldes, at vi har mere viden og at der er lavet flere undersøgelser vedr. evt. interaktioner, når vi taler om antikoagulantia, er svært at sige.

Vi har i dette studie ikke undersøgt grunden til, at pt.'er benytter KNV, men vi kan have en formodning om, at det er fordi KNV ses som et sundt tilskud og betragtes som et uskadeligt produkt¹³.

Vi var 3 læger som udfyldte spørgeskemaerne sammen med pt.'erne i 3 forskellige praksis. Som behandler taler man forskelligt til pt.'en, og det må antages, at vi med vores ordvalg, kropssprog mm. kan have påvirket pt.'erne og deres svar. På den anden side, er spørgsmålene meget klare og burde ikke påvirkes af omgivelserne. Når man ved noget bliver undersøgt, kan det formodes at have indflydelse på besvarelsen og derfor rapporteres mere/mindre, bare fordi man bliver spurgt. Derudover må det formodes, at der er en forudindtaget holdning omkring lægens holdning til indtaget, som kan have betydning for besvarelsen.

Vi udfyldte spørgeskemaet sammen med pt.'erne, hvilket må anses at være en styrke i dette studie, da eventuelle misforståelser eller antagelser kunne undgås. Samtidig kunne det dog være en svaghed, da der kan være typer af KNV, pt.'en ikke ville oplyse over for lægen, men evt. ville have skrevet på, såfremt han havde udfyldt skemaet alene. Vi spurgte ikke ind til effekt, afhængighed, sundhed eller andet, hvilket må antages at have gjort det lettere for pt.'en at besvare, da han efterfølgende ikke blev stillet til regnskab over for svarene.

Der har i de respektive praksis været uens arbejdsbelastning, antallet af besvarelser er forskellig fra de 3 praksis, og vi var ikke stringente med at få spurgt alle pt.'er pga. travlhed, hvilket selvfølgelig påvirker dataindsamlingen og kan betragtes som behandler-bias. Der er forskel i praksis størrelse, og data er indsamlet fra hhv. 5 mands, 4 mands og 3 mands praksis med varierende antal reservelæger (hhv. 2, 3 og 3 + herudover ikke faste reservelæger). Det bedste resultat ville være, at alle 3 praksis havde haft samme arbejdsbetingelser, samme størrelse og alle pt.'er var blevet spurgt. Dette vil dog i praksis ikke være muligt.

Der er forskel i tætheden af alternative behandlere/helsebutikker i hhv. Bjerringbro (praksis 1) og Viborg (praksis 2 og 3), og det kan antages, at dette kunne have betydning for forbruget af KNV.

I Bjerringbro ophørte (ca. 3 år siden) en tidligere fast læge i klinikken pga. jobskifte til alternativ behandler. Det må formodes, at have haft indflydelse på lægens anbefalinger og behandlinger til fordel for KNV, da hun fungerede som alment praktiserende læge. Det kan desuden formodes, at lægens tidligere pt.'er, som fortsat er tilknyttet praksis, fortsat vil have et højere forbrug af KNV end patienter tilknyttet andre praksis. Dette genkendes dog ikke, når man tolker resultaterne i dette studie, som viser at 59 % i praksis 1 (Bjerringbro) benyttede KNV, imod hhv. 87 og 71 % i praksis 2 og 3.

Vores materiale er for lille til at kunne sige noget om den brede befolkning eller om vores praksis' totale forbrug af KNV. Dog giver det et klart billede af, at forbruget sandsynligvis ligger højt og kan formodes også at være over 50 %, hvis vi foretog en større og mere omfattende undersøgelse, da tilsvarende er fundet i lignende undersøgelser tidligere.^{9,13}

Pt.'erne vi så i uge 6 og som er inddraget i undersøgelsen, er pt.'er som har haft tid hos reservelægen, og kan antages evt. at være en anden gruppe end dem, som vælger at komme til den faste læge. Det er typisk, at en reservelæge fx ser flere akutte pt.'er og den faste læge flere kronikere. Samtidig skal det have in mente, at deltagerne alle var lægesøgende, og man kan antage, at forbruget af KNV vil være anderledes hos de ikke-lægesøgende i befolkningen. Pt.'erne som kommer til lægen, kan måske antages at være mere opmærksomme på deres helbred og forbruget af KNV derfor være større. Eller omvendt kan det antages, at lægesøgende ønsker rådgivning og vejledning før de indtager KNV i modsætning til ikke-lægesøgende, som selv-behandler og evt. benytter mere KNV. Ud fra vores undersøgelse kan der ikke konkluderes noget mht. dette, da vi kun har undersøgt forbruget hos lægesøgende. Det kunne være spændende at foretage en lignende undersøgelse med samme spørgeskema, hos besøgende på fx et apotek, da det kan forventes, at der ville være forskel i indtaget af KNV ift. resultaterne i dette studie.

I praksis 2 deltog flere kvinder end mænd i undersøgelsen. Dette kan have været et tilfælde, men kan også skyldes, at kvinderne valgte at blive set af en ung kvindelig læge, valgte lægen pga. kendte holdninger eller andet. Vi antager at den lille overvægt af kvinder i undersøgelsen skyldes tilfældigheder. Ligeledes er det tilfældigt, at aldersfordelingen er jævnt fordelt.

Konklusion

Vi har med dette mindre studie fundet, at over halvdelen (69 %) af patienter tilknyttet en dansk almen praksis benytter en form for KNV. Der er i dette tilfælde kun tale om et mindre studie, som ikke kan generaliseres til hele den danske befolkning, og der vil være behov for yderligere undersøgelser for at belyse det præcise forbrug. Dog ses en klar tendens til forbrug af KNV, og det kan konkluderes, at det altid vil være relevant at spørge alle kronikerne ind til evt. brug af KNV (70 % af pt'er med kendt kronisk sygdom benyttede KNV). Der er desuden behov for flere og grundige undersøgelser vedr. interaktioner og bivirkninger, så det kan belyses, hvorvidt KNV i nogle tilfælde kan udgøre et helbredsmæssigt problem.

15

Tabel 1. Oversigt over udvalgte naturlægemidlers interaktioner med lægeordineret medicin og konsekvenser deraf.

Naturlægemiddel og anvendelse	Interaktion med	Konsekvens og håndtering
<i>Aesculus hippocastanum</i> (hestekastanie)	NSAID Antikoagulantia	Øget blødningsrisiko Kombinationen bør undgås
Hævelser, tyngdefølelse, kløe, nattekramper og uro i benene		
<i>Aglolax med bl.a. loppefrø</i> Forstoppelse	Antiarytmika Lægemidler, der forårsager hypokaliæmi Lithium, digoxin, coumariner og carbamazepin	Ændret effekt af antiarytmika pga. risiko for hypokaliæmi Øget risiko for hypokaliæmi Nedsat absorption af lithium, coumariner og carbamazepin Kombinationerne bør undgås, da effekten af dosisforskydning ikke er sikkert dokumenteret
<i>Bronchosan med ethanol</i>	Antabus Metronidazol	Antabus-reaktion Informér patienten om, at visse naturlægemidler indeholder alkohol og kan udløse antabuslignende effekt
<i>Chisan med Schizandra chinensis og ethanol</i>	Antabus Metronidazol	Antabus-reaktion Informér patienten om, at visse naturlægemidler indeholder alkohol og kan udløse antabuslignende effekt
Træthed	Anæstesimidler	Virkningen af anæstesimidlet kan øges grundet nedsat metabolisme Pauser i god tid inden planlagt anæstesi
<i>Coenzym Q10</i> Hjertesvigt, hyperkolesterolæmi, hypertension og angina pectoris	Warfarin	Samtidig behandling kan medføre et kraftigt fald i INR Kombinationen kan anvendes under tæt kontrol af INR. Ændringer i coenzym Q10-anvendelse bør drøftes med lægen
<i>Danisan Nat med Humulus lupulus</i> (humlekopper) og <i>Valerina officinalis</i> (valerianerod) Søvnbesvær og uro	Antiepileptika Anæstesimidler	Kan øge effekten af antiepileptika og anæstesimidler (mekanismen ikke anført) Så vidt muligt seponeres Danisan Nat eller dets enkelte indholdsstoffer ca. 9 timer før opstart af den lægeordnede behandling
<i>Fiskeolie</i> Hypertriglyceridæmi og ledgener	Antikoagulerende midler	Mulig ændring af den antikoagulerende effekt Forsigtighed ved samtidig anvendelse. Spørg til fiskeolieanvendelse, hvis patientens AK-behandling er svær at styre
<i>Ginko biloba</i> Hukommelsesbesvær, koncentrationsbesvær og træthed	Antiepileptika NSAID Acetylsalicylsyre Nifedipin Orale antikoagulantia Ciclosporin	Kan nedsætte effekten af antiepileptika Øget risiko for blødning ved indtagelse sammen med NSAID og acetylsalicylsyre Kan øge hjertefrekvensen 5-10 % ved samtidig anvendelse med nifedipin Effekten af orale AK- midler kan forstærkes Mulig interaktion (uspecificeret) med ciclosporin Kombinationerne bør undgås (kontraindiceret for ciclosporin) Ginko biloba bør seponeres 2 uger inden operation
<i>Kwai med Allium savativum</i> , hvidløg, <i>ricinusolie</i> , <i>saccharose</i> og <i>lactosederivater</i> Hyperkolesterolæmi og hypertriglyceridæmi som supplement til diæt	Antikoagulantia Saqinavir Hiv-protease-inhibitorer	Hvidløg kan muligvis øge effekten af den lægeordnede behandling, men kombinationen kan anvendes. Seponeres 1 uge inden operation Plasmakonzentrationen af saquinavir og hiv-protease-inhibitorer kan nedsættes. Risiko for behandlingssvigt / svært styrbar behandling Kombinationen skal undgås, ritonavir kan dog anvendes sammen med Kwai
<i>Perikon</i> Nedtrykthed og depression	Ciclosporin Tacrolimus Gestagen +/- østrogen Irinotecan Verapamil Warfarin Imatinib Ivabradin Methadon	Nedsat plasmakonzentration af den lægeordnede behandling Samtidig behandling med perikon og disse midler frarådes grundet risiko for behandlingssvigt / svært styrbar behandling

Litteratur

¹ www.srab.dk

² Lægemiddelstyrelsens produktresuméer over godkendte naturlægemidler.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Lov om lægemidler. Lov nr. 1180 af 12/12/2005.

Bekendtgørelse om naturlægemidler og traditionelle plantelægemidler. Bekendtg. nr. 1233 af 12/12/2005.

Bekendtgørelse om vitamin- og mineralpræparater m.v. Bekendtgørelse nr. 752 af 01/07/2008.

Bekendtgørelse om kosttilskud. Bekendtgørelse nr. 1440 af 15/12/2009.

³ Hasan SS, Ahmed SI, Bukhari NI, Loon WC. Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases at outpatient clinics. *Complement Ther Clin Pract.* 2009 Aug;15(3):152-7.

⁴ Izzo A A, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: a systematic review. *Drugs.* 2001;61(15):2163-2175

⁵ www.gigtforeningen.dk, www.hjerteforeningen.dk, www.cancer.dk

Damery S, Gratus C, Grieve R, et al. The use of herbal medicines by people with cancer: a cross-sectional survey. *Br J Cancer.* 2011;104(6):927-33.

⁶ Nielsen MW, Hansen EH, Rasmussen NK. (2005) Use of natural medicines in the Danish population: A national cross-sectional survey. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39, 1534-1538.

⁷ Elbro C. Møller S. Nielsen EM. Danskernes læsefærdigheder. En undersøgelse af 18-67 åriges læsning af dagligdags tekster. Projekt Læsning og Undervisningsministeriet. København 1991.

⁸ Dalby MA et al (ed) Bogen om læsning - set i et udviklingsperspektiv. Munksgaard. Danmarks Pædagogiske Institut. 1989

⁹ Vibeke Kildegaard Knudsen, Afd. For ernæring, DTU fødevareinstituttet. Danskernes forbrug af kosttilskud. E-artikel fra DTU Fødevareinstituttet, nr. 2, 2014

¹⁰ Amy L. Roe et al. Assessing natural product – drug interactions: An end-to-end safety framework. *Regulatory Toxicology and pharmacology.* 2016

¹¹ Eman M Alissa, PhD. Medicinal Herbs and Therapeutic Drugs Interactions. *Ther Drug Monit.* Volume 36, Number 4, August 2014.

¹² Lisa Pedersen. Patienters selvmedicinering. *Månedssbladet Rationel Farmakoterapi.* Årgang 2012.

¹³ Regina Wierzejska, Mirosław Jarosz et al. Assessing patients' attitudes towards dietary supplements. Department of Nutrition and Dietetics with clinic of Metabolic Diseases and Gastroenterology, National Food and Nutrition Institute, Warsaw, Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2014;65(4):317-323