

blant unge voksne (25–29 år) i Tromsø i 1994 6 % for både kvinner og menn. Ulset og medarbeidere har etter alt å dømme overestimert prevalensen av fedme blant personer i alderen 15–29 år i Tromsø i 1994.

Vi er enig i forfatterens konklusjon om at prevalensen av fedme øker. Hva prevalensen er i Norge nå, er imidlertid litt usikkert siden vi ikke lenger har landsdekkende undersøkelser som inkluderer store aldersgrupper.

**Bjarne K. Jacobsen**  
**Inger Njølstad**

Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø

#### Litteratur

1. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 34–7.
2. Jacobsen BK, Njølstad I, Thune I et al. Increase in weight in all birth cohorts in a general population: The Tromsø Study, 1974–1994. Arch Intern Med 2001; 161: 466–72, 1659.

#### E. Ulset og medarbeidere svarer:

Vi er enig i at vi trolig har overestimert prevalensen av fedme blant personer i alderen 15–29 år i Tromsø i 1994. Vi beklager dette. Vi opprettholder imidlertid vår konklusjon om at prevalensen av fedme øker.

**Elisabeth Ulset**  
**Rut Undheim**  
**Kirsti Malterud**

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

## Posttraumatisk stressforstyrrelse?

Einar Kringlens kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 1/2007 (1) peker på et viktig forhold, nemlig inflasjonen i bruk av det diagnostiske begrepet posttraumatisk stressforstyrrelse. Han peker på at dette ikke minst gjelder i forsikringsaker. Helt parallelt har dette, etter min erfaring, foregått også for den offentlige forsikringen, dvs. folketrygden.

Undertegnede har over 20 års erfaring som samarbeidende og rådgivende spesialist i psykiatri for trygden. Her har jeg gjennom de siste årene sett en sterk økning i bruk av denne diagnosen i erklæringer for trygden, både fra psykiatere og psykologer. Disse har, oftest som ansatte i institusjoner, hatt behandlingskontakt med pasient/trygdesøker, og søknaden gjelder særlig godkjenning som yrkesskade og krav om menerstatning. Diagnosen stilles ikke sjelden på grunnlag av de mer moderate traumene Kringlen nevner i første avsnitt i sin artikkel (1), og i tillegg sondres det ikke mellom vanlig angst og depresjon og de spesifikke symptomer som eksempelvis ICD-10 krever for å bruke diagnosen. Det er i tillegg ofte svake forsøk på å kvalifisere symptomene tyngde i forhold til Rikstrygdever-

kets forskrifter for menerstatning. De fleste av disse trygdeerklæringer fra psykiatere og psykologer har ikke det preg av «traumeindustri», slik Kringlen nevner, selv om dette nok kan skje. I de angjeldende sakene kan det mer være advokater og representanter for pressgrupper som står for dette.

Fagfolkene svakhet i denne sammenhengen er delvis en lite kritisk tendens ved å begrunne diagnosen med det Kringlen refererer som «second-hand shocks now count» (1). Ofte begrunnes også diagnosen med traumer direkte mot pasienten og som er åpenbart svakere enn det definisjonen i ICD-10 tilsier.

Jeg tror motivet bak dette er et ekte ønske om å hjelpe pasientene med deres plager og opplevde traumer. I tillegg er det noe med diagnosen som representerer noe nytt, og som kan ha et preg av å være avansert rent faglig. God vilje er imidlertid ikke nok til å forsvare den upresise og ofte feilaktige bruken av diagnosen. Kringlens artikkel bør bidra til at det foretas en opprydding ved initiativ fra sentrale faginstanser, kanskje en oppgave i første omgang for Norsk psykiatrisk forening?

**Pål Hartvig**  
NAV Telemark

#### Litteratur

1. Kringlen E. Posttraumatisk stressforstyrrelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 61–2.

## Metadonbehandling og hjertearytmi

I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 1/2007 (1) tilskriver Harald T. Andersen & Joe Siri Ekgren «norsk fagmiljø» innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) den oppfatningen at hjertearytmier knyttet til forlenget QTc-tid ved metadonbruk er «lite klinisk betydningsfulle» hos narkomane, med henvisning til en artikkel av undertegnede (2). En slik oppfatning vil Andersen & Ekgren ikke akseptere.

Utgangspunktet er feil. Sitatet det henvises til, er i sin helhet slik: «Det er fra før kjent at metadon kan påvirke hjerteledningstiden, men dette har vært vurdert som lite klinisk betydningsfullt. Ettersom antall personer i behandling øker og doseringsnivået stiger, vil lavfrekvente komplikasjoner bli synlige» (2). Deretter viser vi til en rekke faktorer som gjør at problemet har fått økt aktualitet og til risikofaktorer som krever EKG-kontroll (2).

QTc-forlengelse som gir arytmier er selvsagt et klinisk betydningsfullt fenomen. Artikkelen fra 2004 dreide seg om hvorvidt dokumentasjonen den gang var slik at man burde kreve rutinemessig EKG før legemiddelassistert rehabilitering. Heroinmisbruk er forbundet med overdødelighet av mange årsaker og slik behandling bidrar til å minske risikoen. Et krav om rutinemessig

EKG kunne forsinke behandlingen. Også andre medikamenttyper kan gi forlenget QTc-tid (2) uten at tilsvarende krav er reist før behandling med slike medikamenter. Forlengelsen er doseavhengig og først og fremst et problem ved høye doseringer og/eller andre risikofaktorer. De nasjonale anbefalingene har derfor vært krav om EKG når det er risikofaktorer til stede og alltid før dosejustering over 120 mg. Denne vurderingen har støtte i en fersk oversiktsartikkel av bl.a. Krantz (3), som var en av de første som påpekte problemet.

Andersen & Ekgren bringer også en del spekulasjoner om det kan være hjertedødsfall blant de overdosetilfellene hvor det er påvist metadon (1). Få av disse pasientene var i behandling i LAR-prosjekter, og flertallet ble rettsstoksikologisk undersøkt, med annen diagnose som konklusjon. «Fagmiljøene» er opptatt av kunnskap om disse spørsmålene og arbeider med flere undersøkelser på området. Ved kryssing av et opprettet pasientregister mot dødsårsaksregisteret fant vi fire dødsfall med hjerte-relatert diagnose i løpet av 6 445 behandlingsår med metadon; tre var hjerteinfarkt og ett en annen hjertesykdom. Det var i tillegg tre tilfeller av dødsfall uten kjent årsak. Vi har to pågående studier hvor EKG tolkes «blindt» før og under legemiddelassistert rehabilitering. Studiene skal også gi kunnskap om buprenorfins påvirkning på hjerterytmen. Klinisk betydningsfulle forlengelser av QTc-tid vil bli undersøkt nærmere, blant annet med genanalyse.

Det er vel kjent at QTc-forlengelse kan være klinisk betydningsfullt. Hensikten med de nevnte studiene er å få bedre kunnskap om forekomst og risikofaktorer, noe som kan bidra i kvalitetsutviklingen innen feltet legemiddelassistert rehabilitering.

**Helge Waal**  
Universitetet i Oslo  
og  
LAR Øst

**Aud L. Krook**  
**Viggo Hansteen**  
Aker universitetssykehus

#### Litteratur

1. Andersen HT, Ekgren JS. Hjertearytmi og plutselig død under metadonbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 63.
2. Krook AL, Waal H, Hansteen V. EKG som rutine før metadonassistert rehabilitering er feil prioritering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2940–1.
3. Schmittner J, Krantz MJ. QTc prolongation in methadone maintenance: fact and fiction. Heroin Addict Relat Clin Probl 2006; 6: 41–52.

*J.S. Ekgren*  
& *H.T. Andersen svarer:*

Vi registrerer med tilfredshet at Helge Waal og medarbeidere nå deler vår oppfatning om at QTc-forlengelse som gir arytmier, er et klinisk betydningsfullt fenomen. Det er fortsatt et åpent spørsmål om forfatterne stadig betrakter rutinemessig EKG ved

metadonbehandling som «feil prioritering» (1).

Uavhengig av LAR-Østs omtalte forskningsinteresser bør den nyvunne erkjennelse snarest få konsekvenser i form av EKG-kontroll som rutinemessig prosedyre før og under metadonbehandling. Dette er muligens nye tanker for Waal og medarbeidere, men metoden er anbefalt i så vel norsk som internasjonal litteratur (2–4). I Sosial- og helsedirektoratets utkast til nye retningslinjer ved substitusjonsbehandling med metadon heter det: «Ved oppstart med metadon skal det gjøres EKG med måling av QTc-tid før oppstart og etter ferdig oppstart» (5).

Vi påpeker at metadonindusert arytmi og hjertestans ganske sikkert underdiagnostiseres. Ved rettsmedisinsk obduksjon uten komparentopplysninger er det tilnærmet umulig å skille hjertestans fra respirasjonsstans som dødsårsak. Dødsårsaksregisteret reflekterer denne underdiagnostikken. Den reelle forekomsten av metadonindusert hjertestans er nok hyppigere enn Waal og medarbeidere angir.

EKG er billig, kan utføres og tolkes hvor som helst i landet og forsinker ikke utredning eller behandling. Rutinemessig EKG kan vise seg å redde liv, og slik forhindre noen av de halvt hundre metadonrelaterte forgiftningsdødsfall som forekommer årlig. Fortsatt å unnlate rutinemessig EKG før og under metadonbehandling er etter vårt syn en alvorlig forsømmelse, uavhengig av de «nasjonale anbefalinger» som er «publisert» på LAR-Østs nettsider.

**Joe Siri Ekgren**  
**Harald T. Andersen**  
Majorstua klinikk  
Oslo

#### Litteratur

1. Krook AL, Waal H, Hansteen V. EKG som rutine for metadonassistert rehabilitering er feil prioritering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2940–1.
2. Madsen S. Fare for hjerterytmeforstyrrelser: Metadon kan gi QT-forlengelse. Nytt om Legemidler 2004; 1: 11.
3. Østfold C, Topper M. Metadonindusert hjerterytmeforstyrrelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2021–2.
4. Maremmani I, Pacini M, Cesaroni C et al. QTc interval prolongation in patients on long-term methadone maintenance therapy. Eur Addict Res 2005; 11: 44–9.
5. Nasjonal faglig retningslinje for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige – Utkast under arbeid per 10 oktober 2006. Sosial- og Helsedirektoratet; 21. [www.shdir.no/vp/multi-media/archive/00012\\_Kladdebok\\_12058a.doc](http://www.shdir.no/vp/multi-media/archive/00012_Kladdebok_12058a.doc) (16.1.2007).

## Er det forskjeller i tilgang til nye kreftlegemidler?

I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 21/2006 stiller Nils Wilking og medarbeidere spørsmål ved om norske pasienter får adekvat kreftbehandling (1). Bakgrunnen er Kunnskapssenterets vurdering (2) av en rapport der man sammenlikner salgsstatistikk for nye kreftlegemidler i Europa

(3). Kunnskapssenteret konkluderte med at salgsstatistikk slik den er brukt ikke gir grunnlag for konklusjoner om forskjeller i bruk av kreftlegemidler (3). Wilking og medarbeidere argumenterer med at høyt forbruk av nye kreftlegemidler er synonymt med best mulig behandling (1). En slik tilnærming savner rotfeste i enhver kunnskapsbasert strategi og er et dårlig grunnlag for å vurdere om pasienter får god behandling.

Analyse av salgsdata forutsetter at prisene for legemidler er sammenliknbare mellom landene. Europeiske land har ulik praksis for prisfastsettelse, rabattordninger ved innkjøp og forskjellig valuta. Det er ikke redegjort for hvordan disse usikkerhetene kan påvirke estimatene, ei heller foreligger det statistiske analyser for om de observerte forskjellene mellom landene er reelle (2). Det eksisterer heller ikke et «kunnskapsbasert nivå» for hvilket forbruk det enkelte land bør ha.

Herceptin er et av de kreftlegemidlene som problematiseres (1). Bruk av Herceptin er et eksempel på måltrett behandling etter forutgående genetisk testing. De foreliggende analysene gir ingen vurdering av om initiering av behandlingen var adekvat, ut fra populasjon og behandlingstradisjon i det enkelte land.

Er dette resultat av uheldig sammenblanding av akademi og legemiddelindustri? Rapporten er utarbeidet gjennom et stipend fra legemiddelfirmaet Roche i Basel. Mange av legemidlene markedsføres av Roche eller av selskaper med tilknytning til Roche (2). Det er kjent at industristøttet forskning oftere konkluderer i favør av sponsors produkter enn uavhengig forskning (4). Er det problematisk at forskning med en sannsynlig forhåndsdefinert agenda benyttes for å så tvil om norske pasienter får god kreftbehandling?

Kunnskapssenteret er opptatt av at kreftpasienter skal få best mulig behandling. Grunnlaget for å vurdere om de pasienter som kan ha nytte av det, får tilgang til god behandling, er kliniske registre og ikke salgsstatistikk.

#### Inger Norderhaug

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

#### Litteratur

1. Wilking N, Jönsson B, Svedman C. Får norske cancerpasienter den behandling de förtjänar? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2828–9.
2. Wilking N, Jönsson B. A pan European comparison regarding patient access to cancer drugs. [http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer\\_Report.pdf](http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer_Report.pdf) (21.12.2006).
3. Norderhaug IN, Johansen K. Ligger Norge etter i å ta i bruk ny kreftbehandling? [www.kunnskapssenteret.no/index.php?artikkelid=488&back=2](http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?artikkelid=488&back=2) (21.12.2006).
4. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. BMJ 2003; 326: 1167–70.

## Screening på gruppe B-streptokokker

Orion Diagnostica vil med dette beklage at noen har oppfattet vår markedsføring av hurtigtest for screening på gruppe B-streptokokker som problematisk, konferer kommentarartikkelen av Kirschner og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 23/2006 (1). Informasjonen det vises til er en reklametrykksak som ble sendt til 735 gynekologer og 700 allmennleger, det vil si til et utvalg av personer med den høyeste helseutdanning og kompetanse i landet.

Vi kunne kommentert innlegget punkt for punkt med henvisninger til ulike nettsider, referanser og praksis i andre land, men da dette lett ville bli oppfattet som et innlegg i debatten om testing av gravide for gruppe B-streptokokker, velger vi ikke å gjøre det. Dersom vår hensikt var å oppfordre til screening, tror jeg alle vil forstå at vi hadde valgt å henvende oss til en helt annen målgruppe og bruke helt andre markedsføringskanaler. Derimot peker forfatterne, kanskje uten å vite det, på andre svært sentrale spørsmål.

Hvilken rolle har vårt firma som leverandør av diagnostika? Orion Diagnostica har en klar oppfatning av egen rolle. Vi skal levere produkter som har en diagnostisk nytteverdi og har i tillegg en viktig rolle ved å informere om produkter. Når det reises nye problemstillinger, eller når det kommer nye produkter fra våre samarbeidspartnere, er det naturlig at vi informerer fagmiljøene om dette. Vår rolle er å gjøre produkter kjent og tilgjengelig for dem som måtte ønske å bruke dem. Vår omtalte reklamestrykksak var en måte å informere om at dette produktet finnes.

Hvor skal vi som leverandør henvende oss for å finne ut om en test har diagnostisk nytteverdi? Så langt vi kjenner til, er det ingen instans, organ eller personer som har til oppgave å godkjenne diagnostiske produkter for det norske markedet så lenge de er CE-merket og følger eventuelle direktiver. Ett alternativ er derfor å sende informasjon til aktuelle fagmiljøer, slik vi gjorde i dette tilfellet.

Til tross for at det ikke er noen godkjenningsordning i Norge, er markedet svært selvregulerende. Noe av dette skyldes blant annet de medisinske miljøene selv, refusjonssystemet og Skandinavisk utprøving av laboratoriestyr for primærhelsetjenesten (SKUP). Vår erfaring er at de ulike fagmiljøer og fagpersoner er både kritiske, kunnskapsrike og årvåkne nok til å gjøre egne vurderinger.

#### Inger Jensen

Orion Diagnostica

#### Litteratur

1. Kirschner R, Backe B, Hordnes K. Nei til screening på gruppe B-streptokokker. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3147.