

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 forsikringssaker. 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