

og vise til en tidligere artikkel publisert i Tidsskriftet vedrørende behandling av flyktninger (3). Her påpekes behovet for somatiske og psykiatriske utredninger av traumatiserte flyktninger og asylsøkere. Det er ikke enten somatikk eller psykiatri, ofte er det både-og. Det turde være liten uenighet om at psykiske overgrep kan føre til (psyko)somatiske plager. Svarene fra psykisk helsevern i denne artikkelen gjen-speiler et ønske om større samhandling med somatisk primær- og spesialisthelsetjeneste når det gjelder behandling av psykisk traumatiserte. Dette er en utfordring ikke bare for Prosjekt traumatisk stress, men for helsevesenet i sin alminnelighet.

Ellinor F. Major
Oslo

Litteratur

1. Høie IM. Oppfølging etter livstruende traumer – en oppgave for fagfolk? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1419–20.
2. Major EF. Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 19: 2709–12.
3. Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3420–3.

Den sterke økningen av antall hjerteinfarkter

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 21/2003 påviser og drøfter Terje Hagen & Åsmund Reikvam den sterke økningen av hjerteinfarkter fra 2000 til 2002 (1). Forfatterne antar at økningen skyldes at mange tilfeller som tidligere ville blitt diagnostisert som ustabil angina pectoris, er diagnostisert som hjerteinfarkt, og at perkutan koronar intervensjon har bidratt til økningen.

Økningen av antall hjerteinfarkter fra 2000 til 2002 utgjorde 3 937 tilfeller. For å kunne bedømme sannsynligheten av forfatternes hypotese, burde det for årene 1999–2003 vært informert om antall utskrivninger med ustabil angina pectoris som hoveddiagnose og antall utførte perkutane koronare intervensjoner.

Antall hjerteinfarkter i 2002 er for øvrig feilaktig gjengitt i sammendraget (1).

Paal Røiri
Oslo

Litteratur

1. Hagen TP, Reikvam Å. Sterk økning i antall hjerteinfarkter etter innføring av nye diagnosekriterier. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3041–3.

T.P. Hagen & Å. Reikvam svarer:

Det er en glidende overgang mellom ustabil angina pectoris og hjerteinfarkt. Ved begge tilstander er blodforsyningen til hjertemuskulaturen redusert i kortere eller lengre perioder; det foreligger iskemi. Reversibel eller irreversibel skade av hjertemuskel-

celler kan bli resultatet dersom iskemien er alvorlig. Som følge av iskemien kan det skje utslipp av troponiner, CK-MB, myoglobin og andre molekyler fra hjertemuskulaturene til blodbanen. Når det nå er tatt i bruk nye metoder som gjøre det mulig å detektere mindre myokardskade enn det som har vært mulig tidligere, er det en logisk konsekvens at det blir diagnostisert flere hjerteinfarkter. Innføring av nye diagnosekriterier er således en plausibel forklaring på det økte antall hjerteinfarkter som ble observert i 2001 og 2002.

Kriteriene for diagnosen ustabil angina pectoris er løser og mindre stringente enn infarktkriteriene. Pasienter innen denne diagnosekategorien blir også i mindre grad innlagt i sykehus enn de som har hjerteinfarkt. Derfor behøver ikke antall pasienter som får diagnosen ustabil angina pectoris, bli redusert parallelt med økningen i antall hjerteinfarkter. Foreløpig gjennomgang av data indikerer imidlertid en nedgang i antall utskrivninger med diagnosen ustabil angina pectoris (ICD-10 I20.0) fra 6 363 i 2000 til 5 558 i 2002.

Hjerteinfarkter knyttet til perkutan koronar intervensjon (PCI) har nok i mindre grad bidratt til det økte antall hjerteinfarkter. Gjennom pågående studier håper vi å kunne belyse denne sammenhengen nærmere i tiden som kommer. Det ble gjennomført betydelig flere PCI-prosedyrer i 2002 enn i 2000.

Antall utskrivninger med hjerteinfarkt i 2002 skal være 15 829 (som det står i teksten) og ikke 15 289 (som det står i sammendraget). Vi beklager dette.

Terje P. Hagen
Åsmund Reikvam
Oslo

Bivirkninger – suppe på spiker eller spiker i kisten?

Direktør Henrik Lund i legemiddelfirmaet AstraZeneca hevder i sitt innlegg Bivirkninger – suppe på spiker, publisert i Tidsskriftet nr. 20/2003, at det informeres om alle bivirkninger i Felleskatalogen (1). Som et eksempel trekker Lund spesielt frem legemidlet zopiklon (Imovane) som et godt produkt, hvor det påpekes at det hadde samme bruksområde ti år før det ble registrert i Norge i 1994 (søvnløshet), og at det har samme bruksområde i dag og nøyaktig samme bivirkningsprofil.

Ifølge en svensk artikkel heter det imidlertid at forskrivningen av benzodiazepiner avtar og at forskrivningen av de nyere analoger øker, men at risikoen for avhengighet er den samme (2). I artikkelen refereres også at mer en halvparten av pasientene i en studie følte seg avhengige, og at mer enn 75 % av de spurte var blitt forskrevet sovemidler som zolpidem og

zopiklon i ett til fem år eller mer (mange klarer ikke å slutte). I FASS, den svenske parallellen til Felleskatalogen, advares det mot avhengighet og at behandlingen ikke bør overstige fire uker, og at de nevnte substanser i likhet med benzodiazepiner er klassifisert som narkotika.

Når det gjelder zopiklon og risiko for dødelige bivirkninger, heter det i konklusjonen i en svensk obduksjonsrapport som omfatter et begrenset antall dødsfall utenfor sykehus, at en sammenlikning av data for ti legemidler hos henholdsvis Rättsmedicinalverket og Läkemedelsbiverkningsnämnden avslører at Läkemedelsverket i stor grad undervurderer antallet dødelige forgiftninger (3). Den største forskjellen ble registrert for zopiklon: 142 rapporterte dødsfall hos Rättsmedicinalverket, men ingen hos Läkemedelsbiverkningsnämnden.

Bivirkningsprofilen for zopiklon er ikke korrekt angitt i Felleskatalogen, ettersom mulige alvorlige bivirkninger som bl.a. aggressivitet, muskelskader, leverskader, abstinens/avhengighet, dødsfall osv. er utelatt. Zopiklon har ingen dokumentert positiv risiko-versus-kostnad-nytte-verdi og kan etter min oppfatning ikke karakteriseres som et godt produkt. Substansen tilfredsstiller etter min oppfatning heller ikke legemiddeloven, hvor det blant annet er anført at et legemiddel skal oppfylle bestemte kvalitetskrav, være effektivt og ved normal bruk ikke ha skadevirkninger som står i misforhold til forventet effekt.

Svein Reseland
Hosle

Litteratur

1. Lund H. Bivirkninger – suppe på spiker. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2918–9.
2. Nilsson I. Långa behandlingar med sömnmedel trots att riskerna borde vara kända. Läkemedelsvärlden 2002; 106: 8.
3. Carballo A, Hallander S, Ahlner J. Lethal intoxications with legal drugs – huge underreporting to the Swedish Adverse Drug Reactions Committee (SADRAC). Linköping: Linköping University Hospital and National Board of Forensic Medicine, 2001.