

sjoner av barneansikter som karakteriserer de forskjellige responsene. Testen skal brukes sammen med de foresatte, slik at disse sammen med legen kan vurdere hvor godt barnets astma er kontrollert.

**Olav Flaten**  
GlaxoSmithKline

#### Litteratur

1. Liu AH, Zeiger R, Sorkness C et al. Development and cross-sectional validation of the Childhood Asthma Control Test. *J. Allergy Clin Immunol* 2007; 119: 817–25.

## Hva er forsvarlig i psykisk helsevern?

I helseforetak der jeg jobber, driver jeg bl.a. med diagnostiske vurderinger av personer som man tror kan ha AD/HD. Dette er kompliserte utredninger som krever innsamling av store mengder informasjon fra pasientens livshistorie, utfylling av diverse spørreskjema, innhenting av komparentopplysninger fra foreldre og/eller skole, ev. samtale med partner, søsken eller andre, av og til også nevropsykologisk utredning og veiledning av en spesialist. Det er kort sagt som en slags vitenskapelig utredning hvor man avkrefter eller bekrefter en hypotese.

Spørsmålet er om det er forsvarlig at en med høyskoleutdanning skal kunne gjøre diagnostiske utredninger og igangsette behandling på selvstendig basis? Har de grundig nok skolering i psykiske lidelsers symptombylde og mulige årsaksforhold? Har de øvelse i det å gjøre diagnostiske vurderinger med hjelp fra en veileder – det hele tatt en grundig nok psykopatologiforståelse som kan ligge til grunn for ulike behandlingsregimer? Dette skjer i psykisk helsevern hver dag. Andre enn psykologer og leger foretar diagnostiske utredninger og igangsetter behandling. Alt i full enighet med en leder som kanskje selv er sykepleier eller vernepleier, og som i tillegg kanskje har en begrenset kjennskap til lovverket, myndighetenes føringer og faget selv.

Myndighetene kan med det juridiske begrepet forsvarlighet (§ 4 i lov om helsepersonell) ha unngått et politisk minefelt ved å ikke definere hvilke yrkesgrupper som skulle gjøre hva og istedenfor overlatt dette ansvaret til arbeidsgiverne så lenge de holder seg innenfor det som er «forsvarlig». Men jeg tror ikke dette har bidratt til klargjøring av forsvarlighetsbegrepet. Det har heller ført til en praksis hvor «alle nå gjør alt». Kanskje går dette oftere på bekostning av forsvarligheten enn det motsatte.

I praksis utføres både utredning, diagnostisering og komplisert behandling av personer med høyskoleutdanning uten kvalitetssikring av psykolog eller psykiater. Jeg mener dette er uheldig, fordi det kan føre til feildiagnostisering og feilbehandling.

Spesielt vurdering av selvmordsfare er krevende – der gale vurderinger kan få fatale følger. Dette har gjort at fylkeslegene har sagt at selvmordsvurderinger bør gjøres av psykolog eller lege. Kanskje bør myndighetene nå komme med klarere retningslinjer også for hvem som skal ha myndighet til å diagnostisere og igangsette behandling, selv om det egentlig er avgjort at psykologer og leger skal gjøre dette i kraft av sin grundige utdanning. Myndighetene bør se nærmere på en praksis som foregår på steder hvor det er vanskelig å få tilgang på psykologer og leger. På disse stedene er det bygget opp kompetanse hos yrkesgrupper med høyskoleutdanning slik at de skal gjøre det arbeidet en psykolog eller psykiater bør gjøre. Jeg har også mistanke om at enkelte helseforetak har satset på billigere arbeidskraft ved å satse på yrkesgrupper med høyskoleutdanning. Men er det forsvarlig for pasientene?

**Olav Kandal**  
Bø i Telemark

## Gir rosigitazon økt risiko for hjerteinfarkt?

*New England Journal of Medicine* publiserte nylig en metaanalyse basert på 42 studier av minst 24 ukers varighet. Metaanalysen konkluderte med at pasienter som bruker rosigitazon har økt risiko for hjerteinfarkt sammenliknet med en kontrollgruppe. I tillegg fant man en tendens til økt risiko for kardiovaskulær død (1).

Det er velkjent at rosigitazon og pioglitazon kan gi væskeretensjon og hjertesvikt, og begge medikamenter er kontraindisert ved hjertesvikt. Resultatene fra metaanalysen må ikke bagatelliseres, men det er viktig å være oppmerksom på de klare svakheter ved analysen. Svakheterne er understreket både av forfatterne (1) og i to redaksjonelle kommentarer i både *New England Journal of Medicine* (2) og *The Lancet* (3). Ingen av studiene som var tatt med, var designet for å se på hjerteinfarkt som endepunkt. Det var ingen standard definisjon på hjerteinfarkt eller metode for å validere hjerteinfarkt som endepunkt. Man hadde ikke mulighet til å bruke tid som endepunkt. Antall hendelser ble registrert og oddsratio beregnet. Antall hendelser var få, og noen få ekstra hendelser i kontrollgruppen kunne ha endret resultatet fullstendig.

Lederartikkelen i *The Lancet* anbefaler at man avventer resultatene av den store, prospektive RECORD-studien, som er designet spesielt for å studere kardiovaskulære endepunkter hos diabetikere behandlet med rosigitazon i kombinasjon med metformin eller sulfonylurea, sammenliknet med pasienter

som ikke får rosigitazon (4). Det primære endepunktet er tid til første kardiovaskulære hendelse som fører til hospitalisering eller død. Rekrutteringen foregikk i perioden 2001–03, og studien er planlagt avsluttet etter seks år (2009). Det er ikke funnet grunn til å avbryte studien ved årlige evalueringer.

Legemiddelverket gir denne anbefalingen på sine nettsider: «Pasienter som bruker Avandia (rosigitazon), Avandamet (rosigitazon og metformin) eller Avandaglim (rosigitazon og glimepirid) bør fortsette med behandlingen inntil all informasjon er analysert av myndighetene og det eventuelt blir gitt nye råd» (5). Det er nå viktig å ha «kis i magen» og avvente resultater av randomiserte kliniske studier med forhåndsdefinerte kardiovaskulære endepunkter før man tar stilling til om behandling med rosigitazon gjør mer skade enn gagn. Anbefalingene fra Legemiddelverket synes fornuftige. Det er grunn til å berolige pasienter og leger som bruker eller forskriver medikamentet. Det er likevel viktig at pasientene gis grundig informasjon om tiltak ved eventuelle symptomer på hjertesvikt.

**Jøran Hjelmesæth**  
Senter for sykkelig overvekt  
Sykehuset i Vestfold

#### Litteratur

1. Nissen SE, Wolski K. Effect of rosigitazon on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007. E-publisert 21.5.2007.
2. Psaty BM, Furberg CD. Rosigitazon and cardiovascular risk. *N Engl J Med* 2007. E-publisert 21.5.2007.
3. Rosigitazon: seeking a balanced perspective. *Lancet* 2007. E-publisert 23.5.2007.
4. Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H et al. Rosigitazon evaluated for cardiac outcomes and regulation of glycaemia in diabetes (RECORD): study design and protocol. *Diabetologia* 2005; 48: 1726–35.
5. Øker rosigitazon faren for hjertesykdom? [www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_24528.aspx](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_24528.aspx) [31.5.2007]

## Om HLR minus – eller ei

På en previsitt for kort tid siden bladde jeg rutinemessig gjennom medsendte papirer for en pasient som var overført fra en annen avdeling på sykehuset. Pasienten hadde fått konstatert en inoperabel lungecancer, men ble senere overflyttet til Hjerteavdelingen pga. hjerteinfarkt. I kurvemappen lå bl.a. et dokument med følgende tekst: «Angående spørsmål om hjertestans: Angående spørsmål om hjertestans ønsker jeg gjenoppliving.» Erklæringen var underskrevet av pasienten og hans ektefelle.

Dette må være feil, sa jeg, her mangler et ord, denne cancerpasienten med begrensede leveutsikter mener selvfølgelig at han *ikke* ønsker gjenoppliving.

Men det var ingen feil. Det kom etter hvert frem at pasienten og særlig de pårørende hadde reagert negativt da spørsmålet om HLR minus ble tatt opp. Uansett årsak er det i alle fall uheldig at pasienter som kommer inn i sykehuset med mer eller mindre realistiske forventninger om helbredelse eller i det minste bedring, uforberedt blir konfrontert med problemstillingen HLR minus med en reaksjon som denne.

De fleste beslutninger om HLR minus ble vel tidligere tatt av pasienten selv. I de senere år er spørsmålet i økende grad blitt tatt opp av legene, ofte etter initiativ fra sykepleierne, for å forebygge at vaktpersonell som ikke kjenner pasienten, setter i gang gjenopplivingstiltak som ikke er medisinsk eller etisk indisert. Pasientrettighetsloven, som sterkt betoner medbestemmelsesretten, var medvirkende til Rundskriv IK-1/2002 fra Helsedirektøren som fastslår at pasient og pårørende også skal ha informasjon om forhåndsvurdering av å unnlate hjerte-lunge-redning. Dette går igjen i en rekke lokalt utarbeidede retningslinjer ved landets sykehus.

HLR minus er imidlertid en medisinsk beslutning. Jeg tror at vi som leger iblant må ha mot til å treffe slike beslutninger og av og til våge å unnlate å informere konkret når vi anser dette som det mest skånsomme og riktigste overfor pasient og pårørende. Det er i alle fall uetisk å være så bokstavnro mot en instruksfestet informasjonsplikt at spørsmålet treffer pasient og pårørende uforberedt. Legekunsten består i til enhver tid å gjøre det beste for pasienten, deri også å vurdere hvilke opplysninger pasienten bør få (1). Spesielt må det unngås at pårørende ved gitt informasjon føler at de blir medansvarliggjort for en beslutning om at deres kjære i en gitt situasjon skal gis en sjanse til å overleve. De fleste pårørende som bringer gamle, skrøpelige og kanskje døende pasienter til sykehus, tror jeg gjerne avstår fra informasjon og medbestemmelse på dette område og overlater slike beslutninger til legenes skjønn.

De lokale retningslinjer for HLR minus ved Haukeland Universitetssjukehus er under revisjon og vil antakelig bli mer nyansert hva angår informasjon til pasient og pårørende. Jeg har fått opplyst at Helsedirektøren overveier å trekke tilbake eller revidere det til grunnliggende rundskrivet fra 2002.

**Torbjørn Pihl**  
Haukeland Universitetssjukehus

#### Litteratur

1. Erikssen J. R minus. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3603.

## Undervisningsprogram for hivpasienter

Høyaktiv antiretroviral terapi (HAART) har gitt en dramatisk nedgang i hivrelatert sykkelighet og dødelighet i alle vestlige land, også Norge. Sykdommen er nå en mer kronisk tilstand som kan holdes under kontroll med legemidler, men behandlingen kan være vanskelig å gjennomføre for pasienten. Hiv-infeksjon er fortsatt en potensielt dødelig sykdom, og undervisning til pasienter som er under antiretroviral terapi, må derfor prioriteres høyt. Det er dokumentert at enkelte pasienter tar mindre enn halvparten av anbefalte doser. En forutsetning for at pasienten kan oppnå optimal effekt av behandlingen, er at minst 95 % av legemiddeldosene tas. Forskning og praksis viser at det er nødvendig med tiltak for å assistere pasientene i oppfølging av legemiddelordinasjoner.

Ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet er det utarbeidet et kunnskapsbasert undervisningsprogram for pasienter med hiv. Hensikten er å kvalitetssikre opplæringen for å øke sannsynligheten for at pasienten tar foreskrevet medisin. Programmet er basert på systematisk litteratursøk, litteraturstudier og på hospitering ved Huddinge Universitetssykehus i Stockholm, Ullevål universitetssykehus, Tower Hamlets Primary Care Trust i London og praksis ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin. Undervisningsprogrammet er vurdert av Stig Frøland og av brukere ved Aksept – senter for mennesker berørt av hiv. Interessen for undervisningsprogrammet er stor. Det er derfor bestemt at programmet skal legges ut for salg til helsepersonell og andre som er involvert i behandlingen av hivpasienter.

Undervisningsprogrammet har en logisk og pedagogisk oppbygning og kan brukes av helsepersonell og andre som er involvert i behandling av pasienter som starter med legemidler mot hivinfeksjon. Det inneholder en forberedelsesfase, som består av kartlegging av pasientens motivasjon for HAART-behandling, etterfulgt av tre moduler, som skal tilpasses den individuelle pasient på grunnlag av kartleggingen i forberedelsesfasen. Modul 1 formidler grunnleggende kunnskap om sykdomsbildet ved hiv, slik som patologi, immunologi og smittemåter med enkle forklaringer av immunforsvarets aktivitet og hiv, samt et informasjonsskriv om opportunistiske infeksjoner og smittemåter. Modul 2 bygger på forståelse og kunnskaper om hvordan hiv svekker immunforsvaret, og illustrerer og forklarer begreper som CD4-tall og hiv-RNA. Aktuelle legemidler blir gjennomgått, inkludert fremstillinger av hvordan det enkelte legemiddel blokkerer formeringen av hiv og de aktuelle legemidlene pasienten skal starte med. Modul 3 omhandler ferdighetstrening. En sjekkliste til slutt skal sikre at viktige temaer er diskutert.

Undervisningsprogrammet er samlet i en A4-perm med laminerte sider og en A5-perm om antiretrovirale legemidler i plastlommer. Permene og innholdet kan desinfiseres. Undervisningsprogrammet selges som det er. Selger er ikke ansvarlig for faglig oppdatering av programmet. Undervisningsprogrammet vil koste rundt 3 500 kroner, inkl. moms, avhengig av etterspørselen. Interessenter bes ta kontakt med oss innen utgangen av juni 2007.

**Kristin Skaarud**

**Line Melbye**

Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin  
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

## Metadonbehandling og hjertearytmi

Vi har med stor interesse lest kommentartikkelen til Harald T. Andersen & Joe Siri Ekgren i Tidsskriftet nr. 1/2007 om metadonbehandling og hjertearytmi (1) og senere innlegg av Helge Waal og medarbeidere med tilsvar, senest i Tidsskriftet nr. 7/2007 (2, 3). Etter å ha lest det siste innlegget av Ekgren & Andersen (3) har vi behov for å komme med en presisering når det gjelder Folkehelseinstituttets tall som de siterer.

For å unngå misforståelser vil vi gjøre Tidsskriftets lesere oppmerksomme på at dataene som det er referert til, fortsatt er under utarbeiding. Vi mener at det er feil å klassifisere metadonrelaterte dødsfall som en del av overdosedødsfallene, siden metadonrelaterte dødsfall inkluderer alle rettslige obduksjoner hvor metadon ble påvist, ikke bare overdoser. Data om hvor stor del av disse som var i legemiddelassistert rehabilitering, er så langt begrenset til opplysninger vi har fått fra obdusenter. Det er derfor usikkerhet knyttet til disse resultatene. Og igjen: tallet her refererer til alle metadonrelaterte dødsfall registrert over en treårsperiode, ikke bare overdoser.

**Jean Paul Bernard**

**Jørg Mørland**

**Hassan Zaré Khiabani**

Nasjonalt folkehelseinstitutt

#### Litteratur

1. Andersen HT, Ekgren JS. Hjertearytmi og plutselig død under metadonbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 63.
2. Waal H, Krook AL, Hansteen V. Metadon og hjertearytmi – en avsluttende kommentar. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 913.
3. Ekgren JS, Andersen HT. Metadon og hjertearytmi – en avsluttende kommentar. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 913.