

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 skoloring 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. Svakheter 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 [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.