

- Zanis DA, Woody GE. One-year mortality rates following methadone treatment discharge. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 257–60.
- Scherbaum N, Specka M, Hauptmann G et al. Does maintenance treatment reduce the mortality rate of opioid addicts? *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 455–61.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. General report of activities 2006. www.emcdda.europa.eu/index.cfm?nNodeID=426 (10.9.2007).

D. Haarr & J. Nessa svarer:

Rusmiddelavhengige har generelt svake pasientrettigheter, og fristbrudd i forbindelse med ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten hører med til dagens orden. Klageretten blir også i liten grad benyttet av denne pasientgruppen. Pasientenes rett til helsehjelp hos fastlege er dårlig definert. Mange fastleger avstår fra å involvere seg i behandlingen av de tyngste rusmiddelavhengige uten at dette vanligvis gir noen negative konsekvenser for legene.

Materialet i vår studie viser at medisinering med opioider i forkant av LAR-behandling er en effektiv måte å stabilisere pasientene på (1). Det gir hjelpeapparat og pasient gode muligheter til å få etablert ansvarsgruppe og lage tiltaksplan. Etter ufrivillig utskrivning vil de alle fleste LAR-pasienter ønske å gjenoppta behandlingen. Medikamentell stabilisering med opioider i fastlegens regi har også her vist seg å være til hjelp. Det byr på etiske problemer å nekte pasientene medikamentell behandling etter ufrivillig utskrivning fra LAR-systemet, både fordi dødeligheten da øker, og fordi sjansene for en nødvendig stabilisering og videreføring av rehabiliteringen reduseres. Forutsetningen er at medikamentene suppleres med et aktivt og energisk tverrfaglig samarbeid for å sikre at pasienten lykkes bedre ved neste forsøk med LAR-behandling. Gjeldende regler begrenser fastlegens muligheter for å forskrive opioider til rusmiddelavhengige. Regelverket kan dermed sies å stå i en viss motstrid til pasientrettighetene ved at en potensielt livreddende behandling ikke kan settes inn av fastlegen.

Lavdose buprenorfin i form av Temgesic har i vårt materiale vist gode resultater både på rusing med andre opioider og på dødelighet. Feil administrering i form av sniffing og injisering er vanlig. Derfor er ikke dette et medikament som egner seg for permanent behandling av de fleste av disse pasientene. For å unngå problemene, kan buprenorfinplaster forsøkes. Uansett bør en potensielt livslang opioidbehandling forankres i LAR-systemet, slik at pasienten er sikret behandling uavhengig av fastlegens personlige innstilling til opioidbehandling og stabilitet i praksis.

Samtlige LAR-pasienter i vårt materiale behandles i regi av LAR Vest-Agder (MARIA). Terskelen for ufrivillig utskrivning av pasienter er høy i dette tiltaket, og inntil for noen måneder siden har også pasienter blitt tatt inn igjen i behandling uten

annen ventetid enn den som er nødvendig for å få søknader og tiltaksplaner på plass. Dette er dessverre nå i endring, fordi MARIA nå strekker fristene for nødvendig helsehjelp så langt som mulig av økonomiske grunner. Fastlege og sosialtjeneste får dermed en økt belastning, da pasientene ofte er ekstra sårbare etter ufrivillig utskrivning fra LAR.

Dagfinn Haarr
Kristiansand

John Nessa
Universitetet i Bergen

Litteratur

- Haarr D, Nessa J. Opioidbehandling av rusmiddelavhengige i en allmennpraksis. *Tidsskr for Nor Lægeforen* 2007; 127: 1770–2.

Glitazoner – igjen

Debatten omkring glitazoner i behandlingen av diabetes, spesielt rosiglitazons negative kardiovaskulære profil, går for fullt i medisinske tidsskrifter anført av *The New England Journal of Medicine*. En rask gjennomgang av PubMed siden Nissen & Wolskis metanalyse (1), som for øvrig støttes av en ny Cochrane-analyse (2), viser 40 publikasjoner relatert til emnet per slutten av august. I tillegg har saken fått juridiske, politiske og regulatoriske implikasjoner gjennom de amerikanske legemiddelmyndighetene (FDA). Rosen summerer opp essensen i saken (3), og danske autoriteter reiser spørsmål om det er grunnlag for å bruke glitazoner i lys av en rekke ulike problemstillinger (4).

Det er derfor merkelig at Jøran Hjelmesæth i *Tidsskriftet* nr. 16/2007 (5) benytter anbefalinger (6) fra tiden før bivirkninger og manglende effekter av rosiglitazon ble kjent som argument for en fortsatt positiv (?) holdning til preparatet. Jeg regner med at de aktuelle organisasjonene vil revidere sine anbefalinger i lys av ny kunnskap. Videre foreligger det data hos FDA som viser økt forekomst av kardiovaskulære hendelser ved bruk av rosiglitazon hos personer med diabetes. Det ville være forbausende om den økte kardiovaskulære risiko ved rosiglitazonbehandling kun skulle finnes hos dem med prediabetes og ikke hos diabetikere.

Hva ville svaret bli om vi som leger stilte følgende spørsmål til våre pasienter med type 2-diabetes: «Vil du ha et medikament som reduserer din HbA_{1c}-verdi, men som øker din risiko for hjertesykdom og beinbrudd, og som ikke er vist å forhindre øye-, nerve- eller nyrekomplikasjoner?» Med referanse til COX-2-saken vil jeg foreslå at Legemiddelverket fjerner refusjonen for glitazoner.

Johan Halse
Oslo

Litteratur

- Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007; 356: 2457–71.

- Richter B, Bandeira-Echtler E, Bergerhoff K et al. Rosiglitazone for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 3: CD006063.
- Rosen CJ. The rosiglitazone story – lessons from an FDA advisory committee meeting. *N Engl J Med* 10.1056/NEJMp078167.
- Lindeberg M, Astrup A. The role of glitazones in the management of type 2 diabetes. A DREAM or a nightmare? *Obes Rev* 2007; 8: 381–4.
- Hjelmesæth J. Er det behov for glitazoner i behandlingen av diabetes? Tiltaksvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2124.
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB et al: Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 1963–72.

J. Hjelmesæth svarer:

Det pågår en viktig debatt om mulige kardiovaskulære bivirkninger relatert til behandling med rosiglitazon. Det er ikke tvil om at temaet er kontroversielt. Selv om flere indisier støtter hypotesen om at rosiglitazon kan gi økt risiko for hjerteinfarkt, foreligger det dessverre per i dag ikke entydig vitenskapelige data som kan bekrefte eller avkrefte denne hypotesen. Hensikten med mitt første innlegg om saken (1) var nettopp å formidle at kunnskapsgrunnlaget er for svakt til å trekke endelige konklusjoner, og at det er behov for mer forskning.

Publikasjonene fra PubMed som Johan Halse refererer til, bidrar dessverre ikke til en avklaring. De er i hovedsak nye analyser av foreliggende studier eller mer eller mindre kvalifiserte meningsytringer om temaet. Det at temperaturen i debatten er såpass høy, indikerer at det ikke foreligger konsensus. Det begrensede kunnskapsgrunnlaget gjør det vanskelig å gi klare anbefalinger til pasienter og legemiddelmyndigheter.

De metodiske styrker og svakheter i to av de mest sentrale publikasjonene om rosiglitazon og kardiovaskulær sykdom (2–4) utdypes i en kommentarartikkel i dette nummeret av *Tidsskriftet* (5).

Jøran Hjelmesæth

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst Sykehuset Vestfold

Litteratur

- Hjelmesæth J. Gir rosiglitazon økt risiko for hjerteinfarkt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1809.
- Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007; 356: 2457–71.
- Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H et al. Rosiglitazone evaluated for cardiac outcomes and regulation of glycaemia in diabetes (RECORD): study design and protocol. *Diabetologia* 2005; 48: 1726–35.
- Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H et al. Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes – an interim analysis. *N Engl J Med* 2007; 357: 28–38.
- Hjelmesæth J, Røislien J. Rosiglitazon – statistikk til nytte og besvær. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2702–3.