

å formulere problemstillingen. Når det gjelder dette underprosjektet som undersøker potensielle immunologiske mekanismer ved schizofreni og bipolar lidelse, er de konkrete problemstillingene utarbeidet av forskerne. Pasientgruppen har imidlertid i aller høyeste grad bidratt i denne prosessen ved å dele sin kunnskap med forskerne. Noen pasienter som bruker medisiner rapporterer lite effekt og/eller bivirkninger og ville kanskje hatt glede av nye og bedre medisiner. Basert på disse tilbakemeldingene er hovedmålet med prosjektet å undersøke potensielt nye biologiske mekanismer som kanskje vil kunne danne grunnlaget for å utvikle nye medisiner i fremtiden.

**Ingrid Dieset**  
ingrid.dieset@medisin.uio.no

Ingrid Dieset (f. 1971) er overlege ved K.G. Jebsen senter for psykoseforskning.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har mottatt honorar for foredrag på Akuttpsykiatrikonferansen 2012, og institusjonen har mottatt støtte fra Helse Sør-Øst og Norges forskningsråd.

#### Litteratur

1. Dieset I, Djurovic S, Tesli M et al. Up-regulation of NOTCH4 gene expression in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 1292–300.
2. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. *Trends Genet* 2009; 25: 99–105.

## Adrenalin ved avansert hjerte-lunge-redning?

I Tidsskriftet nr. 3/2013 omtaler Ingrid Rokstad en studie av Theresa M. Olasveengen og medarbeidere som viser at adrenalin gir høyere dødelighet ved hjerte-lunge-redning (1). Dette er spennende og viktig forskning fra et ledende norsk forskningscenter (2). Det blir interessant å se om andre/nye studier kan bekrefte disse resultatene og om de får følger for de neste internasjonale retningslinjene for avansert hjerte-lunge-redning som planlegges i 2015. Antakelig må flere studier til før International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) og European Resuscitation Council (ERC) konkluderer om man skal gå bort fra anbefalingen om adrenalin som standardmedikament ved avansert hjerte-lunge-redning eller eventuelt anbefale en justert (redusert?) dose. Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) vil på dette punktet forholde seg til hva de internasjonale retningslinjene til enhver tid sier. Hvis man kommer til å konkludere med å ta bort adrenalin som anbefalt rutinemedikament ved avansert hjerte-lunge-redning, vil dette føre til en ytterligere forenkling av hjertestans-behandlingen.

**Kristian Lexow**  
kristian.lexow@lyse.net

Kristian Lexow (f. 1952) er overlege ved Stavanger universitetssjukehus og leder av Norsk Resuscitasjonsråd.  
Ingen oppgitte interessekonflikter

#### Litteratur

1. Rokstad IS. Adrenalin ved hjerte-lunge-redning gir høyere dødelighet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 277.
2. Olasveengen TM, Wik L, Sunde K et al. Outcome when adrenaline (epinephrine) was actually given vs. not given – post hoc analysis of a randomized clinical trial. *Resuscitation* 2012; 83: 327–32.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 23.1.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965901>*

## Avansert hjerte-lunge-redning og adrenalin

I Tidsskriftet nr. 3/2013 omtaler Ingrid Rokstad (1) en svært interessant studie som føyer seg inn i rekken av flere studier der man har satt spørsmålsteget ved nytten av å gi adrenalin intravenøst under resuscitering. Jeg stiller meg imidlertid ett spørsmål: Er det mulig at dosen 1 mg adrenalin som man har hatt for vane å gi i repeterte doser ved resuscitering av voksne, er for høy? Kunne man tenke seg andre resultater ved doser på f.eks. 0,1 mg? Kan det med andre ord være doseringen det er noe «galt» med og ikke medikamentet per se?

**Dag Strand**  
dagstrand@hotmail.com

Dag Strand (f. 1965) er spesialist i anesthesiologi og ansvarlig anestesilege ved Teres Stokkan, Trondheim.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Rokstad IS. Adrenalin ved hjerte-lunge-redning gir høyere dødelighet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 277.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 8.1.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965901>*

## Kontekststøttet journalføring

I Tidsskriftet nr. 3/2013 har Jan H. Dobloug og medarbeidere en interessant kommentar om legen som sakkyndig i forsikringsaker (1). Jeg opplever dette som engasjerende og er enig i redaksjonens vurdering av at prinsippet om samtykke måtte fravikes her på grunn av sakens store samfunnsinteresse (2). Særlig lesingen av sak 4 i Doblougs artikkel (1) får meg til undre hva jeg selv kunne gjort i førstelinjetjenesten. I en situasjon med bekymring og usikkerhet kan det friste å smøre litt tykt på for å gi «min» pasient raskere vurdering hos nevrolog. I en sakkyndig uttalelse til forsikringsselskap kan jeg kanskje trekkes i motsatt retning: Jeg vil ikke forskuttere konklusjonen av en henvisning jeg kanskje innerst inne ikke følte var berettiget. Idealet er selvfølgelig å drive sin praksis med så stor hånd at saksinnholdet i en henvisning ikke skiller seg nevneverdig fra en sakkyndig uttalelse om helsetilstand.

I en hverdag der medfølelse og innlevelse er av det gode, kan det være krevende å være sakkyndig med all den nøkternhet og kulde det medfører. Jeg opplever god støtte i helsepersonellovens påbud om å gjøre pasienten oppmerksom på hva oppdraget som sakkyndig innebærer (3). Slik gjør jeg det klart for pasienten og meg selv at det skal foregå noe annet enn helsehjelp. Jeg er imidlertid tvilende til hvorvidt helsevesenet bør yte hjelp til forsikringsselskaper slik at de kan gjøre en risikostratifisering av sine kunder. Eksemplene Dobloug refererer viser alle at pasientjournaler kan innhentes ved tvil (1). Jeg ser sakkyndig helseerklæring før inngåelse av forsikring som en sikring av forsikringsselskapets overskudd. Min konklusjon blir derfor at forsikringsselskapene heller bør spre denne risikoen utover sine kunder og kun basere seg på en egenerklæring.

Det kan bli krevende å få slutt på gjeldende praksis. I førstelinjen fikk jeg godt betalt for å fylle ut skjema for forsikringsselskapene, og forsikringsselskapene tjener gode penger på å holde risikokundene unna.

**Sindre Gunleiksrud**  
sindre.gunleiksrud@gmail.com

Sindre Gunleiksrud (f. 1983) er lege i spesialisering ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik.  
Oppgitte interessekonflikter: Forfatter eier aksjer i Gjensidige Forsikring.