
Sjekkliste ved behandling av akutt hjerteinfarkt med trombolytika og andre medikamenter

KORRESPONDANSER

ANDERS HOVLAND

ERIK WAAGE NIELSEN

Vi takker for interessante kommentarer fra gruppen i Harstad i Tidsskriftet nr. 12/2000 (1). De spør hvorfor 30 pasienter ikke fikk trombolytisk behandling til tross for at indikasjon forelå. 21 av disse pasientene var fra vår første studieperiode i 1996, gjort retrospektivt, og der gav journalen ikke noen forklaring. Vi gjør oppmerksom på at tallet 21 er fremkommet ved gjennomgang av journal og EKG i ettertid av en av forfatterne. At det ble funnet flere med indikasjon da, kan delvis forklares ved at EKG-indikasjonene på studietidspunktet var mer entydige i avdelingen. Noen få pasienter kan i ettertid også feilaktig ha blitt gruppert til å ha indikasjon dersom vakthavende lege glemte å journalføre kontraindikasjoner.

Ni var pasienter i andre studieperiode, og for disse var det uenighet om trombolyseindikasjon faktisk forelå, pga. ulik tolking av EKG. Sjekklisten var altså ikke godt nok utformet og/eller det holdt ikke med oppfølging av bare én person. Der kan vi lære av Harstads sjekklistesystem, som sikret alle med indikasjon trombolytisk behandling (2).

Under utarbeiding av manuskriptet ble vi av Tidsskriftets redaksjon oppfordret til å drøfte hvorfor vår sjekkliste, til forskjell fra Harstads, ikke førte til signifikant bedring i blant annet trombolyseandel. Til forskjell fra vårt materiale har Harstad-gruppen inkludert sju pasienter som ikke hadde EKG-indikasjon. Imidlertid inkluderte de ikke seks pasienter som ikke utviklet hjerteinfarkt, noe vi mistolket, og vi beklager det. Hensikten var å vise at forskjeller i trombolysepraksis kan bidra til å forklare ulik effekt av sjekklister. Poenget er der fortsatt: Dersom de sju pasientene uten EKG-indikasjon blir trukket fra i Harstad-gruppens andre studieperiode, reduseres andelen som får trombolytisk behandling fra 37 % (45/122) til 31 % (38/122), noe som ikke er signifikant forskjellig fra vårt materiale på 27 % (67/248) ($p = 0,46$). Siden

trombolytisk behandling til pasienter uten EKG-indikasjon er farlig (1), blir kunsten å utarbeide rutiner som gir behandling til pasienter med indikasjon, verken flere eller færre.

Vi er enige i at det er større gevinster å hente ved å fremskynde trombolytisk behandling før sykehusinnleggelsen, og hadde faktisk med et avsnitt om dette i vårt første manus til Tidsskriftet.

LITTERATUR

1. Hessen JO, Schei M, Kildahl-Andersen O. K Kan gode rutiner ved akutt hjerteinfarkt forbedres? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1475.
2. Fibrinolytic Therapy trialists' Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. Lancet 1994; 343: 311 – 22.

Publisert: 20. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.