

#### Litteratur

1. Olson RE, Chao J, Graham D et al. Total body phyloquinone and its turnover in human subjects at two levels of vitamin K intake. *Br J Nutr* 2002; 87: 543–53.
2. Ferland G, Sadowski JA, O'Brien ME. Dietary induced subclinical vitamin K deficiency in normal human subjects. *J Clin Invest* 1993; 91: 1761–8.
3. Gijssels BL, Jie KS, Vermeer C. Effect of food composition on vitamin K absorption in human volunteers. *Br J Nutr* 1996; 76: 223–9.
4. Booth SL, O'Brien-Morse ME, Dallal GE et al. Response of vitamin K status to different intakes and sources of phyloquinone-rich foods: comparison of younger and older adults. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 368–77.

## Generalforsamlingen består i Aplf

Dette var overskriften på en artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2004 (1) etter at generalforsamlingen i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) i august besluttet at man ikke skulle nedlegge seg selv. Vedtaket var neppe overraskende ut fra et sosiologisk perspektiv. Strukturutvalget i Aplf hadde foreslått å erstatte generalforsamlingen med et representativt landsråd som foreningens øverste organ.

Som tidligere medlem i organisasjonsutvalget i Legeforeningen fattet jeg interesse for saken. Generalforsamlingsbaserte organisasjonsledd bærer i seg et demokratisk underskudd, i og med at en generalforsamling ikke er valgt og dermed ikke representerer noen andre enn de medlemmer som av ulike grunner befinner seg i lokalet når det er generalforsamling. De fleste i organisasjonsutvalget mente at dette ikke betyr så mye i spesialforeningene, ettersom de i prinsippet kun skal beskjefte seg med faglige spørsmål. Noe annerledes er det for fagforeningsledd og/eller tunge helsepolitiske aktører som Aplf. Hvem taler når Aplf uttaler seg om for eksempel fastlegeordningen? Er det 20 leger i Buskerud og en håndfull «toneangivende» gjengangere på generalforsamlingene? Eller gjenspeiler uttalelsene hva alle medlemmer samlet sett mener?

Det er ikke sikkert Tidsskriftet har gjengett debatten på generalforsamlingen i Aplf på en balansert måte, men argumentene som ble gjengitt, virket lite gjennomtenkte. Ett av argumentene som ble omtalt i Tidsskriftet var at et landsråd ville bety en begrensning av medlemmenes mulighet til å ytre seg. I andre deler av Legeforeningen praktiseres åpne møter der alle medlemmer har talerett, men begrenset forslagsrett og ingen stemmerett. Det er stemmeretten som her er det sentrale. Friheten til å uttrykke seg begrenses ikke.

Et annet argument som ble omtalt, var at man aldri hadde opplevd at generalforsamlingen var blitt kuppet. Spørsmålet er vel heller hvor mye et avstemningsresultat fra en generalforsamling i Alta vil avvike fra en generalforsamling avholdt i Oslo eller fra et representativt organ som for eksempel et landsråd sammensatt forholdsmessig

etter antall medlemmer i hvert fylke. Det er kanskje noe sånt Gunnar Ramstad siktet til da han trakk frem, ifølge referatet i Tidsskriftet (1), «at ingen kan dokumentere at forslaget vil gi bedre representasjon».

Det ble også hevdet at en nedleggelse av generalforsamlingen i Aplf ville innebære en konsentrasjon av makt. Til det er å si at bare 56 av Aplfs vel 4 000 medlemmer var til stede på generalforsamlingen i Drammen. Er ikke det en konsentrasjon av makt? Spørsmålet er vel heller hvem som skal ha makt – en tilfeldig generalforsamling eller et representativt landsråd. Det bestemmer altså generalforsamlingen selv.

**Hans-Petter Næss**  
Tønsberg

#### Litteratur

1. Thommesen KM, Andersen EJ. Generalforsamlingen består i Aplf. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2527.

## Legevendelrot

I juni måned kan man i Oslo-området finne en plante som heter legevendelrot. Det er først når man bruker det latinske navn *Valeriana officinalis* at man blir minnet om hvilken medisinsk betydning den har. *Officina* (lat.) er verksted, fabrikk. *Officinell* er legemiddel som er opptatt i en farmakopé. Planten kan ligne en skjermplante (fig 1), men den hører til vendelrotfamilien. Fargen er blekrosa til hvit. Den har en vammel duft som virker som et afrodisiakum på katter (1). Navnet vendelrot kan ha sammenheng med det å få de onde makter til å vende om (2).



Legevendelrot. Foto Kjell A. Nøkleby

Uttrekk av røttene har helt siden oldtiden vært brukt i dyremedisinen og skolemedisinen. Det er som beroligende middel planten er kjent (1). Vendelrot er nevnt i de over 2 000 år gamle hippokratiske skrifter (2). Man får fremdeles Valerianatinktur NAF på apoteket. Det er en 20 % tinktur av valerianarot og 65 % etanol. Anbefalt dosering er 10–20 dråper om gangen. Olje fra valeriana virker depressivt på sentralnervesystemet (3) og har vært foreskrevet mot hysteri, hypokondri, insomni og som anti-krampemiddel ved epilepsi. Det sedative hovedstoffet i valeriana er monoterpenvalerianol (3). Medisinsk bruk av planten utover tre måneder frarådes pga. en viss risiko for tilvenning (4).

Legevendelrot er svært sjelden (5), men stort sett finnes de samme virksomme stoffene i vanlig vendelrot, *Valeriana sambucifolia*, (med blader som *sambucus*, hyll) og strandvendelrot, *Valeriana salina*. Disse finnes over hele landet (6).

Bildet er tatt 21.6. 2004 nær Sandvikselven, ca. 1/2 km fra Sandvika.

**Kjell A. Nøkleby**  
Sandvika

#### Litteratur

1. Ryvarden L. Norges planter. Bd. 4. Oslo: Cappelen, 1994.
2. Høeg OA. Våre medisinske planter. Oslo: Forlaget Det Beste, 1984.
3. Lewis WH, Elvin-Lewis MPF. Medical botany. New York: John Wiley, 1977.
4. Launart E. Edible and medicinal plants. London: Hamlyn, 1981.
5. Høiland K. Naturens legende planter. Oslo: Hjelmets bokforlag, 1978.
6. Wischmann F, hovedred. Ville planter i Norge. Oslo: Forlaget Det Beste, 1993.

## Stimulering av forskning i Helse Midt-Norge

I Helse Midt-Norge driver enkeltindivider forskning mot en doktorgrad. Det er et langt løp, med en smal spiss. Det er behov for å gjøre basen for forskning og utvikling bredere. Etter en forespørsel fra Ålesund sykehus om et forskningssamarbeid i regionen og et planleggingsmøte høsten 2002, ble det startet opp et ettårig forskerkurs innen psykiatri i Ålesund og Volda med forskningsveileder fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Kurset la vekt på forskning som et praktisk håndverk. Deltakerne skulle i løpet av kurset gjennomføre et vitenskapelig arbeid, enten i form av en litteraturgjennomgang eller en empirisk studie. Kurset var en miniversjon av det toårige forskningskurset som har vært gjennomført i psykiatri i Trondheim siden 1978 (1) og som har ledet til 22 doktorgrader.

Ti hele dager ble brukt til månedlige samlinger med teoretisk og praktisk basert innlegg av kursleder. Deretter var det individuell veiledning i grupper. Over 30 delta-

kere var innom deler av kurset. 15 fullførte kurset, inkludert eksamen, som bestod av en poster om eget prosjekt. Temaene for samlingene var blant annet rammebetingelser for forskning, problemformulering, litteratursøk, eksperimentell og annen forskningsdesign, basal statistikk, multivariat statistikk og skriveprosessen.

Under gruppeveiledning tok man utgangspunkt i deltakernes egne forsknings-temaer: sammenheng mellom hemoglobinverdi og depresjon, eksem, angst og depresjon, barn med lav verbalskåre på WISC III, akutt dyspné, elektrokonvulsiv behandling, depresjon, sterke sider hos pasienten og behandlingseffekt, kodein-analgetika og kognitive funksjoner, serotoninomsetning ved impulsiv suicidalatferd, akutt hjertesvikt, forløp ved barnepsykiatrisk sykdom, pasientopplevd kvalitet ved bedre styring av arbeidsprosessene, rus og psykiatrisk diagnose og opplevd krenkelse ved innleggelse i psykiatrisk avdeling.

Beste poster ble belønnet med stipend for å reise på kongress og fremlegge posteren for et internasjonalt faglig publikum. Et ekstra seminar ble gjennomført i vårsementet.

Kurset gav en klar bekreftelse på den store interesse for forskning i helseregionen og at det der finnes et forskningspotensial som med veiledning kan lede til publisering av forskningsarbeider. Flere innsendte posters er allerede presentert eller godkjent for presentasjon på internasjonale kongresser.

**K. Gunnar Götestam**  
**John Olav Roaldset**

#### Litteratur

- Götestam KG. Forskerutdannelse i psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 1559–60.

## Organdonasjon og moralfilosofi

I Tidsskriftet nr. 19/2004 hevder Lars Johan Materstvedt & Johan-Arnt Hegvik (feilaktig) at Kants etikk viser det er moralsk forsvarlig å starte respiratorbehandling av håpløst syke pasienter for senere organdonasjon på bakgrunn av antatt samtykke (1). Kant sier moralen er grunnlagt i vår felles fornuftsevne og formuleres i det kategoriske imperativ, innbefattet påbudet om å behandle enhver som formål i seg selv. Derfor mener forfatterne vi kan forutsette at alle vil «akseptere det moralske påbud om å behandle dem som trenger organer som formål i seg selv» og «ville ha samtykket til elektiv ventilasjon for å redde andres liv». Følgelig er samtykke fra den døende eller de pårørende ikke påkrevd: «Den døendes siste vilje blir da oppfylt» (1).

Kant mente imidlertid at å behandle noen som et formål vil si å la hver enkelt selv avgjøre hva som er moralsk riktig i situasjonen og handle ut fra denne beslutningen

(2). Det kategoriske imperativ er felles for alle. Det betyr ikke at jeg kan tvinge andre til å anvende prinsippet slik jeg mener er rett. Det gjelder også dem som ikke kan uttrykke sin beslutning fordi de er døende. Vi har plikt til å gjøre andre lykkelige, vi har ikke plikt til å gjøre dem moralsk gode. Moralske plikter kan vi bare pålegge oss selv (3). Selv om Kant hadde akseptert den moralpaternalisme som skisseres i artikkelen, ville det ikke gjelde donasjon, for påbud om konkrete handlinger gjelder bare de fullkomne plikter, slik som ikke å skade andre. Plikten til å hjelpe andre er ufullkommen og kan ikke spesifiseres i én bestemt handling (4). Videre er spørsmålet om hvilke regler som skal gjelde for organdonasjon et samfunnsanliggende, ikke privatmorsk. Her gjelder det liberalistiske prinsipp om at alle skal ha frihet så langt det samsvarer med andres tilsvarende frihet (5).

Kants etikk gir altså ingen absolutt plikt til organdonasjon, og om vi hadde slik plikt, kunne den ikke nedfelles i et offentlig regelverk. Kants intensjon var å fange det essensielle i våre felles moralske intuisjoner. Respekten for alvorlig syke og døende mennesker og respekten for at andre kan ha en annen oppfatning av hva som er riktig i en konkret situasjon er avgjørende, fordi vi alle har samme evne til å utøve moralske valg.

**Bjørn K. Myskja**

Filosofisk institutt  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Litteratur

- Materstvedt LJ, Hegvik J-A. Organdonasjon, elektiv ventilasjon og etikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2501–3.
- Kant I. Grunnlegging av moralens metafysikk. I: Storheim E, red. Morallov og frihet. Oslo: Gyldendal, 1997: 42–5.
- Kant I. Moralens metafysikk. I: Storheim E, red. Morallov og frihet. Oslo: Gyldendal, 1997: 139.
- Korsgaard CM. Creating the kingdom of ends. Cambridge: Cambridge University Press, 1996: 20–1.
- Kant I. Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre. Hamburg: Felix Meiner Verlag, 1998: 39.

### *L.J. Materstvedt & J.-A. Hegvik svarer:*

Myskja diagnostiserer oss som «moralpaternalister» og som tilhengere av et «moral-diktatur». Vi tror vel ikke vi er fullt så fæle. En av oss har annetsteds endog kritisert Kants antipaternalistiske, liberale filosofi for ikke i tilstrekkelig grad å respektere individuelle livsvalg (1).

Vi er enige i at en stat som tvang igjennom organdonasjon (obligatorisk donasjon) ville krenke den enkelte «som et formål i seg selv», men vil bestride at den komatøse tvinges ved elektiv ventilasjon. Det er etisk sett riktigst å anta at alle komatøse ville ha fulgt morallovens påbud om å hjelpe andre. For dersom vi ikke foretar oss noe som helst (Myskjas posisjon), vil vi anta det motsatte:

At personen ville ha ignorert moralloven. Det stemmer dårlig med Kants beskrivelse av mennesket som et grunnleggende sett rasjonnelt, moralsk vesen.

**Lars Johan Materstvedt**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Johan-Arnt Hegvik**

St. Olavs Hospital

#### Litteratur

- Materstvedt LJ. Rights, paternalism, and the state: a Kantian exploration of Nozick's political thought. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1997.

## Respiratorbehandling og etikk

I Tidsskriftet nr. 19/2004 oppfordrer Materstvedt & Hegvik Rådet for legeetikk til å revurdere sitt syn på elektiv respiratorbehandling av pasienter med irreversible hjerneskader for å kunne høste organer (1). Rådet er takknemlig for engasjement og debatt rundt vanskelige etiske dilemmaer og hilser alle tilbakemeldinger velkommen.

Materstvedt & Hegvik begrunner hovedsakelig sitt standpunkt ut fra Kants filosofif og ut fra autonomiprinsippet (for pasient og pårørende) og velgjørenhetsprinsippet. Vi undrer oss over deres bruk av Kant som trumfkort siden de overser noen viktige empiriske fakta som var avgjørende for rådets standpunkt: Hensynet til tilliten til transplantasjonsvirksomheten og hensynet til de pårørendes følelser. For mange er det ikke filosofi og etikk som styrer valgene i slike situasjoner, men følelser og forestillinger. Mange pårørende finner det vanskelig å bli spurt om organdonasjon i en følelsesmessig opprivende situasjon. I dag er det altfor mange som nekter.

Rådet for legeetikk la vekt på flere hensyn knyttet til pårørende. For mange pårørende er det, når pasienten dør under intensivbehandling, et offer at man har gitt avkall på en naturlig dødsprosess. Videre har vi vært opptatt av å hindre en praksis som kan øke folks skepsis til organdonasjon som livreddende virksomhet. Prognosen ved alvorlig hjerneskade kan ikke alltid bedømmes med 100 % sikkerhet. En situasjon der pårørende først er bedt om samtykke til elektiv ventilasjon med tanke på organdonasjon (alternativet er at pasienten dør uten medisinsk intervensjon) og pasienten får respiratorbehandling og likevel ikke dør, kan være opprivende både for helsepersonell og pårørende og virke destruktivt på tilliten til transplantasjonsaktiviteten.

Rådet er selvsagt villig til å revurdere sitt standpunkt, men ikke ut fra filosofiske begrunnelser alene. Etter vår oppfatning trengs det mer praktisk kunnskap om hvilke pasienter som blir behandlet med elektiv ventilasjon, hvordan forløpet var, og ikke minst pårørendes opplevelser av å stå i en slik valg-