

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 privatmoralisk. 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 filosofifor 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-

situasjon. Rådet er kjent med at det i dag i noen tilfeller utføres elektiv ventilasjon med tanke på organdonasjon og at pårørende ikke alltid får vite dette før respiratorbehandlingen startes. Dette er etter rådets synspunkt en ikke ønsket situasjon – selv om det kan bidra til flere organer på kort sikt, kan det kanskje undergrave tilliten på lengre sikt.

Reidun Førde

Rådet for legeetikk

Litteratur

1. Materstvedt LJ, Hegvik J-A. Organdonasjon, elektiv ventilasjon og etikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2004 124: 2501–3.
2. Hotvedt R, Førde R. Oppstart av intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2725.

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

Det burde ikke forundre rådet at vi i vår kronikk setter søkelys på Kants etikk. Rådet gjorde det samme (uten å nevne filosofens navn) og lot mål-middel-formuleringen være hovedsaken. Vi tok derfor dette som utgangspunkt. I 2002 skrev man dessuten: «Rådet vil presisere at det kun har vurdert medisinsk-etiske sider av saken» (1). Men nå hevder Reidun Førde tvert imot at «noen viktige empiriske fakta ... var avgjørende for rådets standpunkt». Rådet innrømmer dermed at dets standpunkt likevel ikke er basert på en ren medisinsk-etisk vurdering.

Vi mener altså å kunne påvise, med samme etiske utgangspunkt som rådets, at elektiv ventilasjon er fullt ut etisk forsvarelig. Dette er en forutsetning for vurdering av pasienter for donasjon. Hvorvidt det er praktisk og medisinsk-strategisk forsvarelig, er en helt annen sak. Dersom vi brukte donorpoolen der elektiv ventilasjon er aktuelt, ville vi på kort sikt oppnådd flere organer samt at noen pasienter overlevde til et vegetativt liv. På lengre sikt tror vi, som rådet, at sistnevnte forhold ville ført til negative oppslag i mediene og tillitskrise i befolkningen og dermed til en nedgang i tilgangen på organer totalt sett. Vi anbefaler derfor *ikke* elektiv ventilasjon under normale omstendigheter, og vi er således helt på linje med rådet ut fra en empirisk synsvinkel, men altså ikke ut fra en etisk.

Lars Johan Materstvedt

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Johan-Arnt Hegvik

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Hotvedt R, Førde R. Oppstart av intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2725.

Førstevalg ved empirisk sepsisbehandling

I Tidsskriftet nr. 16/2004 argumenterer Arvid Bjørneklett igjen for monobehandling med nyere bredspektrede antibiotika som førstevalg ved empirisk sepsisbehandling i Norge (1). Han mener at antall sepsis-pasienter som er i sjokkutvikling er lavt, slik at resistensproblematikken i sykehus ikke øker ved slik bruk, og at aminoglykosider er nyretoksiske og derfor ikke bør brukes.

Egne undersøkelser fra et «vanlig» norsk sykehus viser at ca. 80 % av alle infeksjoner som behandles med antibiotika, er ervervet utenfor sykehus. Omtrent 40 % av disse infeksjonene er pneumonier som som oftest kan behandles med vanlig penicillin (2, 3). Hos minst 10 % av alle pasienter med pneumoni ervervet utenfor sykehus finner man positive blodkulturer (4). Disse tallene viser at antall pasienter som bør få empirisk sepsisbehandling, ikke representerer noe lite problem ved norske sykehus. I tillegg er begrepet sepsis blitt utvidet de siste årene (5).

Vår egen erfaring med aminoglykosider i kombinasjon med penicillin i sepsisbehandling er overveiende positiv. De fleste av våre sepsispasienter er ikke i sjokk og har ikke nyresvikt, slik at aminoglykosider kan brukes. Mulige nyretoksiske bivirkninger må selvfølgelig has in mente, og nøye monitorering av nyrefunksjon, hyppige serumkonsentrasjonsmålinger av aminoglykosid og god hydrering er en selvfølge. Det at et medikament med mange gunstige effekter kan gi alvorlige bivirkninger, kan ikke være noe argument mot at det blir brukt.

Bjørneklett mener at det ikke finnes holdepunkter for å hevde at resistensproblematikken i sykehus øker når man går over til mer bredspektret antibiotika, slik Rikshospitalet har gjort. Har man ved Rikshospitalet oversikt over denne utviklingen? Mange av Rikshospitalets pasienter med infeksjonssykdommer blir etter hvert overflyttet til andre norske sykehus under pågående behandling med bredspektrede antibiotika. Problemet med resistensutvikling må derfor ses i et videre perspektiv. I internasjonal litteratur synes det å være lite tvil om at det er en årsakssammenheng mellom bruk av bredspektret antibiotika og utvikling av bakteriell resistens (5). Vi i Norge burde gjennomføre alle tiltak som kan redusere en slik utvikling, inkludert en begrensning i bruken av bredspektrede antibiotika.

Aira Bucher

Erik Øie

Diakonhjemmet sykehus

Litteratur

1. Bjørneklett A. Empirisk sepsisbehandling i Norge. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2154–5.

2. Bucher A. Infections and antibiotics usage at a county hospital in Norway. Abstract. Clin Microbiol Infect 2000; 6 (suppl 1): 47.
3. Waldum B, Bucher A. Management of community-acquired pneumonia in a hospital in Norway: penicillin still works! Clin Microbiol Infect 2004; 10 (suppl 3): 91.
4. Bucher A, Olsen P, Muller F. Pneumoni ervervet utenfor institusjon – håndtering i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 797–9.
5. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med 2004; 30: 536–55.
6. World Health Organization (WHO). Overcoming antimicrobial resistance. Genève: WHO, 2000. www.who.int/infectious-disease-report/2000/index.html (17.9.2003).

Dette skulle vært trykt som innlegg i Tidsskriftet nr. 22/2004. For Bjørnekletts tilsvar henviser vi til samme nummer (1).

Red.

Litteratur

1. Bjørneklett A. Mer om antibiotikabruk ved sepsis. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2942.

■ RETTELSE

Norges første turnuskull

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2950

I Tidsskriftet nr. 22/2004 under Aktuelt i foreningen er det gjengitt feil navn på personen til venstre i bildet. De riktige navnene skal være (f.v.): *Odd Lingjærde*, Kirsten Kjelsberg Osen, Per O. Andersen, Torstein Hovig, Helene Pande og Kjell Noreik.