

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 forsvarlig. Dette er en forutsetning for vurdering av pasienter for donasjon. Hvorvidt det er praktisk og medisinsk-strategisk forsvarlig, 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 sepsis-pasienter 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.