

næringsstoffene (3). Programmet kan lastes ned gratis fra Matportalens nettsted (4).

Ut fra programmet kan man komponere dietter som består av lagringsstabile matvarer. Matvarene bør gi ca. 9 MJ per dag i ti uker og dekke behovet for vitaminer og mineraler. Når man planlegger et slikt matvarelager, må man kjøpe inn matvarer utover det man bruker i sin daglige husholdning. Til daglig kjøper man for det meste ikke-holdbare matvarer som grønnsaker, frukt, meieriprodukter, fisk og kjøtt. Disse bidrar med en stor andel av næringsstoffene i kostholdet.

Et eksempel på en liste som dekker vitamin og mineralbehovet for en person i ti uker er: 4,6 kg knekkebrød, 1,4 kg havregryn, 3,5 kg spagetti, 1 kg hermetisk leverpostei, 1 kg rognleverpostei, 7 kg makrellfilet i tomat, 1,4 kg marmelade, 1,4 kg hvitost, 2,7 kg kjeks, 2 kg hermetisk mais, 3,5 kg erter, 3,5 kg hermetisk asparges, 0,8 kg olivenolje, 0,4 kg smør, 2,1 kg spekeskinke, 0,7 kg mørk sjokolade, 1,4 kg mandler, 1,8 kg peanøtter, 0,14 kg tran, 14 kg appelsinjuice og 3,5 kg tørrmelk. I tillegg kan det være hensiktsmessig å ha et lite lager av kosttilskudd og andre stoffer som kan virke stimulerende på immunforsvaret dersom man skulle bli smittet, som for eksempel fiskemel, selen, betaglukaner, taurin, melatonin, vitamin- og mineraltilskudd m.m. (5).

Anna Haug
Ås

Olav Albert Christophersen
Oslo

Litteratur

1. World Health Organization. Influenza research in the human and animal interface. Report of a WHO working group. Genève: WHO, 2006. www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_3C.pdf [10.12.2007].
2. Haug A, Brand-Miller J, Christophersen OA et al. A food «lifeboat»: food and nutrition considerations in the event of a pandemic or other catastrophe. *Med J Aust* 2007; 11: 674–6. www.mja.com.au/public/issues/187_11_031207/hau10357_fm.pdf [11.12.2007].
3. Sosial- og helsedirektoratet. Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet, 2004. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/is-1219_2606a.pdf [5.3.2008].
4. Matportalen. www.matportalen.no/ [10.12.2007].
5. Christophersen OA, Haug A. Possible roles of oxidative stress, local circulatory failure and nutrition factors in the pathogenesis of hypervirulent influenza: Implications for therapy and global emergency preparedness. *Microb Ecol Health Dis* 2005; 17: 189–9.

Livs avsluttende behandling – Helsetilsynets rapporter

I mitt innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2008 om retningslinjer for livsavsluttende behandling skrev jeg at «sjelden har vel et sykehus fått så kraftig kritikk fra sentrale myndigheter som i Kristina-saken» (1) og henviste

til Helsetilsynets rapport av november 2006 (2). Denne rapporten har for øvrig vært trukket lite frem i denne debatten. I sitt tilsvarende svar skriver Jon Henrik Laake at «Bralids fortolkning av Helsetilsynets vurderinger i Kristina-saken er imidlertid så avvikende fra mine at jeg bare kan vise til Helsetilsynets dokumenter, som er offentlig tilgjengelige» (3).

Laakes henvisning til at Helsetilsynets rapporter er offentlig tilgjengelige, medfører ikke riktighet. Begge tilsynsrapportene om Kristina-saken er av Helsetilsynet unntatt offentlighet i henhold til offentlighetsloven § 5a, jf. forvaltningsloven § 13. Imidlertid ligger det en sladdet rapport om behandlingen av Kristina på Helsetilsynets nettside. Det fremgår der at sykehuset på to punkter og ved flere anledninger opptrådte i strid med kravet til forsvarlig virksomhet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Videre ble det påpekt ett tilfelle av brudd på informasjonsplikten i henhold til pasientrettighetsloven. Sist og ikke minst, sykehusets opptreden overfor faren da representanter for ledelsen dro på hjemmebesøk 1.2. 2006 var uforsvarlig i henhold til spesialisthelsetjenesteloven.

Jeg mener derfor at det er et solid grunnlag for påstanden «sjelden har vel et sykehus fått så kraftig kritikk fra sentrale myndigheter som i Kristina-saken.»

Dag Brattlid
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Brattlid D. Retningslinjer for livsavsluttende behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 476.
2. Helsetilsynet. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/brevandreuttalelser/tilsynssak_helsebergenhf_haukeland2006.pdf [5.3.2008].
3. Laake JH. Retningslinjer for livsavsluttende behandling (tilsvar). *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 477–8.

Systematisk etikkarbeid i intensivavdelinger nytter

I sitt innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2008 (1) synes Jon Henrik Laake å ha misforstått hva en veileder for begrensning av medisinsk behandling er. En veileder skal ikke erstatte legens kliniske skjønn, men synliggjøre viktige momenter som lege i samarbeid med helsepersonell bør ta hensyn til når vanskelige klinisk-etiske beslutninger skal tas. Noen av prinsippene i veilederen er ikke-medisinske og kan omhandle medvirkning til fremtidig behandling og formodet samtykke fra pasient eller pårørende. Andre ikke-medisinske prinsipper er vurderinger av hva som er i pasientens interesse, eller hva som er akseptabel livskvalitet når det medisinske beslutningsgrunnlaget er usikkert og de kliniske miljøene er uenige om det videre forløpet.

Medisinsk kliniske beslutninger er sjelden så objektive som Laake fremstiller.

Forskning viser at det ikke finnes en enhetlig praksis i avslutning av livsforlengende behandling, heller ikke innen intensivmedisin (2–3). Kliniske beslutninger preges av beslutningstakeres kompetanse, verdisyn, skjønn, preferanser samt organisasjon og profesjonskultur. Profesjonsmakt, mangel på kommunikasjon mellom kliniskere, usikkerhet og vilkårlighet i beslutninger samt svakhet i rutiner og organisering kan være med på å prege beslutningsprosesser og beslutninger. Det er vist at etikkonsultasjoner kan spare unødvendige behandlings- og respiratordager og redusere meningsløs livsforlengende behandling (4). En veileder vil bidra til en mer enhetlig praksis omkring kliniske beslutninger i avslutning av livsforlengende behandling.

Laake hevder at kliniske etikkomiteer truer legens beslutningsmyndighet. Men det er aldri blitt hevdet at kliniske etikkomiteer skal være en beslutningsinstans i medisinske spørsmål. Kliniske etikkomiteer er rådgivende organ som brukes i spesielt vanskelige saker etter behov og ønske fra det kliniske miljøet selv. Nok en gang: Den veileder det her er snakk om gjelder alle områder av helsetjenesten der spørsmålet om å avslutte eller å avstå fra livsforlengende behandling er relevant.

Til slutt: Jon Henrik Laake hevder at det ikke er ham fremmed at jus og etikk hører hjemme i medisinske vurderinger. Det er vi glade for, men det er lite i hans tidligere innlegg som indikerer at han virkelig mener dette (1, 5). Tvert imot synes Laake å stille seg uforstående til at andre enn intensivlegen kan ha informerte synspunkter om slike vanskelige kliniske og etiske avgjørelser det her er snakk om.

Per Nortvedt
Kristin Halvorsen
Universitetet i Oslo

Georg Bollig
Bergen Røde Kors Sykehjem

Litteratur

1. Laake JH. Retningslinjer for livsavsluttende behandling (tilsvar). *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 477–8.
2. Wunch H, Harrison DA, Harvey S et al. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005; 31: 823–31.
3. Pettilä V, Ala-Kokko T, Varula T et al. On what are our end-of-life decisions made? *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 947–54.
4. Schneidermann LJ, Gilmer T, Teetzel HD et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting – a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 1166–72.
5. Laake JH. Livsavslutning i intensivavdelinger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 3235.

J.H. Laake svarer:

En sentral forutsetning for å delta i en opplyst diskusjon er at deltakerne har tillit til at ytringer fra en motdebattant er oppriktig ment. Når jeg skriver at «behandlingen er

uetisk når den ikke lenger er hensiktsmessig eller er i strid med pasientens eget ønske» (1), og videre at «jus og etikk [...] er viktige elementer når indikasjonsstillingen ved intensivmedisinsk behandling vurderes» (2), forutsetter jeg derfor at Nortvedt og medforfattere tar dette for gitt, uten at jeg skulle måtte utbrodere dette i en artikkel der perspektivet var et annet.

Mine motdebattanter viser til en amerikansk undersøkelse som forsvar for å la «etikkomiteer» kile seg inn i beslutningsprosesser som tilhører klinisk medisin. Men det er stor forskjell på amerikansk og europeisk intensivmedisin. Rundt 20 % av amerikanske dødsfall finner sted i en intensivavdeling (3), mot færre enn 5 % her hjemme (4). Behandlingen er styrt av leger preget av møter med forsikringsselskaper og erstatningsjus, og et gangbart medisinsketisk synspunkt i USA er at enhver prognostisk vurdering er forbundet med usikkerhet og derfor i seg selv uetisk (5). Dette reflekterer ikke norsk virkelighet.

Etikk erstatter ikke fagkunnskap, selv om Nortvedt og medforfattere synes å ville så tvil om fagkunnskapen ved å vise til noe vi alle vet: Medisin er ikke matematikk. Dette er noe leger er vant til å forholde seg til. At et overveldende flertall av livsavslutninger i norske intensivavdelinger skjer uten konflikt, tyder på at befolkningen har tillit til våre vurderinger.

Til Bratlid: Helsetilsynet har offentliggjort sine vurderinger og utvalgte dokumenter fra tilsynet i Kristina-saken på sine nettsider (6, 7). Øvrige dokumenter kan utleveres etter begrunnet søknad til postmottak@helsetilsynet.no.

Jon Henrik Laake
Rikshospitalet

Litteratur

- Laake JH. Livsavslutning i intensivavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007, 127: 3235.
- Laake JH. Retningslinjer for livsavsluttende behandling (tilsvar). Tidsskr Nor Legeforen 2008, 128: 477–8.
- Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Crit Care Med 2004, 32: 638–43.
- Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no [3.3.2007].
- Manthous CA. Counterpoint: is it ethical to order «do not resuscitate» without patient consent? Chest 2007, 132: 751–4.
- Helsetilsynet. Forsvarlig helsehjelp i Kristina-saken. www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_8974.aspx [3.3.2007].
- Helsetilsynet. Konklusjon i tilsynssak. www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_8408.aspx [3.3.2007].

■ RETTELSE

Forskrivningsfeil – omfang og oppklaring

Svein Haavik, Anne Marie Horn, Kari Svane Mellbye, Inge Kjønneksen, Anne Gerd Granås

Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 296–8.

Etter at denne artikkelen ble publisert i Tidsskriftet nr. 3/2006, oppdaget vi flere feil i artikkelens tabell 3. Ved en nærmere analyse av originaldataene ble det påvist ytterligere feil.

Nedenfor følger korrekt tabell 3. Noen av funnene i løpende tekst må endres tilsvarende. Endringene endrer ikke studiens konklusjoner.

Svein Haavik

svein.haavik@med.uib.no

Anne Mari Horn

Institutt for apotekforskning AS

Kalfarveien 31

5018 Bergen

Kari Svane Mellbye

Alliance apotek

Inge Kjønneksen

Anne Gerd Granås

Institutt for apotekforskning AS

Tabell 3 Fordeling av gjennomførte intervensjoner på 1 359 ordinasjoner og resultater av disse. For hver ordinasjon kan det være flere forskrivningsfeil, mangler, intervensjoner og resultater. For 169 (12 %) av ordinasjonene ble det ikke rapportert intervensjon fra apoteket

	Feil med potensielle kliniske effekter (n = 358)		Formelle mangler ved forskrivningen (n = 1 070)	
	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
Intervensjon				
Kontaktet forskriver	157	37	192	17
Snakket med pasienten	133	31	524	48
Veiledet pasienten	56	13	120	11
Gjennomgått pasientprofil	16	3,8	109	9,9
Konsultert kilde for legemiddelinformasjon	9	2,1	11	1,0
Farmasøytens egen vurdering	13	3,1	37	3,4
Andre intervensjoner	7	1,7	57	5,2
Fikk ikke kontakt med forskriver	32	7,6	52	4,7
Sum	423	100	1 102	100
		(n = 358)		(n = 1 070)
Resultat av intervensjonen	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
Legemiddel lagt til	4	0,9	3	0,3
Legemiddel seponert	5	1,2	3	0,3
Legemiddel endret/avklart	67	16	72	6,3
Styrke endret/avklart	70	17	21	1,8
Administrasjonsform endret/avklart	29	6,9	11	1,0
Dosering endret/avklart	79	19	97	8,5
Varighet endret/avklart	28	6,6	40	3,5
Mengde endret/avklart	66	16	24	2,1
Utlevert som angitt	50	12	748	65
Legemidlet ikke utlevert	15	3,6	35	3,1
Forslag ikke akseptert av forskriver	1	0,2	2	0,2
Andre resultater	8	1,9	90	7,9
Sum	422	100	1 146	100