

krav om eksplisitt og/eller skriftlig samtykke før obduksjon. Dagens lovverk medfører imidlertid at sykehusene har plikt til å informere om at obduksjon kan finne sted og at det foreligger en reservasjonsrett. Hvordan dette skal formidles, er ikke konkret angitt. Etter Helsetilsynets oppfatning er det ikke tilstrekkelig at det i en brosjyre bare opplyses at sykehuset utfører obduksjoner.

Som Olav Haugen nevner, har Helsetilsynet i mange år påpekt det uheldige ved at antall obduksjoner har vært synkende. I arbeidet med å øke obduksjonsfrekvensen og interessen for obduksjoner har Helsetilsynet:

- Utredet patologifaget (1).
- Utredet muligheten for å opprette et obduksjonsregister.
- Utredet forslag til rekvireringspraksis når noen dør utenfor sykehus.
- Påpekt uheldige sider ved betalingsordninger ved frakt av døde til sykehus når obduksjon er ønskelig i forbindelse med død utenfor sykehus.

Helsetilsynet har aldri hatt beslutningsmyndighet i saker som har kunnet øke obduksjonsfrekvensen. De har imidlertid gjennom sine utredninger hatt mulighet til å være pådriver i disse sakene. Etter omorganiseringen i statsforvaltningen er mange av de utredningsoppgaver og pådriverfunksjoner Helsetilsynet har hatt, overtatt av Sosial- og helsedirektoratet. I brev datert 22. april 2002 til Helsedepartementet oppsummerte Helsetilsynet status for obduksjonssaken (2). Vi mener fortsatt at obduksjoner er kvalitetskontroll av legearbeid og derfor har en viktig funksjon i helsevesenet. Vår oppgave er nå å føre tilsyn slik at bl.a. obduksjonsvirksomheten utøves i overensstemmelse med regelverket, mens Sosial- og helsedirektoratet har overtatt den pådriverrollen som tidligere var lagt til Helsetilsynet.

Grethe Hellstrøm Hoddevik
Jørgen Holmboe
Marianne Blair Berg
Jostein Vist
 Oslo

Litteratur

1. Patologifaget i det norske helsevesen. IK- 2682. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
2. Statens helsetilsyn. Obduksjonsvirksomheten. Brev til Helsedepartementet, saksnr. 98/3257; 22.4. 2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.

Skarp fordømmelse, ikke kjølig fagvurdering!

I Tidsskriftet nr. 29/2002 gjennomgår to erfarne og ledende norske anestesiologer «aksjonen i Dubrovka-teateret» (1). Lederartikkelen inneholder en lengre drøfting av de ulike farmakologiske og farmakodynamiske sider ved «aksjonen», som kostet nær 200 mennesker livet. Harald Breivik & Einar Hysing skriver at

«... antiterroristaksjonen ble vellykket fordi den trimetylfentanylholdige aerosolen slo ut terroristene før de forstod hva som var på gang og kunne utløse bomber eller skyte gisler» og at «antiterroristaksjonen var allikevel lite vellykket når vi vet at nesten 200 av de knapt 1 000 gislene døde pga. trimetylfentanylvirkningen på respirasjonsentret og ufrie luftveier».

Vi er skuffet over at kolleger i en lederartikkel i et medisinsk tidsskrift kjølig vurderer denne «aksjonen» som «vellykket» eller «mindre vellykket». 200 liv gikk tapt. Vi var vitne til en brutal aksjon mot sivile og militære, gisler og gisseltakere, utført av en stormakt med store militære ressurser. Dette massedrapet var trolig begått med utstrakt eksperthjelp fra russiske leger. Om dette var militære anestesiologer, forskere i biologiske stridsmidler eller sivile anestesiologer er uinteressant. Det viktige og prinsipielt overordnede blir å fordømme enhver aksjon der leger bistår med sine faglige råd og sin spesialkunnskap på en måte som understøtter dødsstraff, tortur og inhuman behandling, slik World Medical Association har slått fast (2).

Redaksjonelle ledere i Tidsskriftet skal «... normalt avspeile en allment akseptert oppfatning i fagmiljøet». Vi er overbevist om at Breivik & Hysing her er i utakt med sine kolleger. Vi kan vanskelig tenke oss at det er en allment akseptert oppfatning i det norske medisinske miljøet generelt og i det anestesilogiske miljøet spesielt at medisinske metoder brukes til denne type biologiske angrep på mennesker. Dette var ingen «vellykket» aksjon – og slett ikke en interessant farmakologisk episode.

Det er påtrengende behov for en tenkepause i forhold til hvilke metoder som aksepteres i den pågående «kampen mot terrorismen». Det later nå til at målet helliger ethvert middel. Ville vi også ha akseptert bruk av succinylcholingass (Curacit)? Ville vi ha akseptert slike metoder i Norge? Det er på høy tid med klar tale fra Legeforeningen: Norske leger tar prinsipielt skarp avstand fra alle metoder som innebærer slik inhuman statlig behandling av *alle* mennesker – soldater som sivile, «terrorister» som geriljasoldater.

Mads Gilbert
Torben Wisborg
Geir Bjørsvik
Kristoffer Lassen
Nina Hesselberg
Kristine Wærhaug
Ole Magnus Filseth
 Tromsø/Hammerfest

Litteratur

1. Breivik H, Hysing E. Aksjonen i Dubrovka-teateret. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2766.
2. World Medical Association Declaration concerning support for medical doctors refusing to participate in, or to condone, the use of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment. Adopted by the 49th WMA General Assembly. Hamburg: WMA, 1997.

H. Breivik & E.S. Hysing svarer:

Redaktøren oppfordret oss til å skrive en faglig vurdering av hendelsen siden det var mange uklarheter i mediene. Vi prøvde derfor å belyse de faglige sider ved hendelsen for å gi leseren bakgrunn for egen bedømmelse av situasjonen så langt det er mulig med mangelfull kunnskap om detaljer. Vi beklager vår bruk av ordet vellykket, som kan lede til misoppfatning av hva vi mener om hendelsen. Vi vil derfor benytte anledningen til å si noe om sakens moralske/politiske sider.

Vi er imot at målet helliger midlet og tar derfor sterkt avstand fra terrorisme, som uansett begrunnelse går utover uskyldige. Vi er imot at leger skal bruke sin medisinske kunnskap til dødsstraff, tortur eller inhuman behandling. Leger har plikt til å prøve å hindre skade og død. Bruken av trimetylfentanyl kunne ha to hensikter:

- Sette terroristene raskt ut av spill slik at de ikke oppnådde sitt politiske mål.
- Sette terroristene raskt ut av spill slik at gislene kunne berges.

Å bruke legekunnskapen ut fra den første begrunnelsen er forkastelig, men kan forsvares ut fra den andre begrunnelsen. Hvis det å sette terroristene raskt ut av spill slik at gislene kunne berges, var viktigst, måtte man forvente at det var satt mye inn på at gislene skulle behandles etter at aerosolen var brukt. Hvorfor ble det ikke gjort? Var det tidspress, eller var det hemmeligholdelse av metoden for at den skulle kunne brukes igjen?

Vi tror at hadde alle involverte leger og andre fått lov til uten hindring å arbeide for å minske skade og redde menneskeliv, så ville mange flere av gislene ha overlevd eller unngått skade.

Harald Breivik
Einar S. Hysing
 Oslo

Biopsykososial medisin og fenomenologi

Hvordan ville psykiateren og indremedisineren George L. Engel kommentert debatten i Tidsskriftet mellom Anne Luise Kirkengen og Ulrik Fredrik Malt (1–3)? Engel var opphavet til begrepet biopsykososial medisin.

Engels epokegjørende artikkel i *Science* i 1977 (4) tok utgangspunkt i en opprivende konflikt i den amerikanske psykiaterforening. Engel argumenterte mot at psykiatrien skulle vende tilbake til den biomedisinske modell. Han hevdet at både psykiatrien og medisinen befant seg i en felles krise, der den biomedisinske modell ikke gav svar på de vitenskapelige og sosiale utfordringer medisin og psykiatri stod overfor. Han forsøkte å anviser en ny forståelse