
Eutanasipraksis i Nederland

AKTUELT

REIDUN FØRDE

Rådet for legeetikk

Kva slags kulturelle særtrekk pregar legar som stiller seg positive til eutanasi? Kva slags fordelar og kva slags problem ser nederlandske legar og juristar med ein liberal praksis? Korleis er den palliative omsorga i Nederland organisert?

Dette var nokre av spørsmåla Rådet for legeetikk ønske svar på under eit besøk i Nederland i sommar. Skuffande nok lukkast det ikkje å få til eit møte med den nederlandske legeföreninga. Det vart imidlertid arrangert eit seminar i justisdepartementet i Haag, der omkring 20 personar deltok.



Eit nederlandsk lovforslag tek sikte på å legalisere eutanasi til pasientar som ikkje sjølv kan be om det eller som ikkje fyller krava til samtykke. Det kan bety at eit barn på 12–16 år kan få tilgang til eutanasi sjølv om ein eller begge foreldra er imot det.

Illustrasjonsfoto

Slåande skilnader

Ein gjennomgang av eutanasilovgivning og eutanasi praksis i Norge, Nederland og Belgia viste slåande skilnader. I Norge viser data både restriktive haldningar til eutanasi blant legar og ein svært begrensa praksis (1–3). Det synast heller ikkje å vere noko reell politisk usemje i Norge om at ein skal behalde den eksisterande lovgivinga på dette feltet.

I Nederland har eutanasi, heri inkludert legeassistert sjølv-mord, i praksis vore tillate i mange år trass i at det formelt har vore, og framleis er ulovleg. Tal tyder på at berre svært få nederlandske legar er i mot slik praksis og at svært få (4 % blei nemnt) aldri kan tenkje seg å foreta eutanasi. I Nederland arbeider dei nå med å få lovene i samsvar med faktisk praksis. Desse lovendingane vil då ta utgangspunkt i dei retningslinjene for eutanasi som praksis ideelt sett er styrt av i dag. Inkludert i desse er blant anna at pasienten må ha uuthaldeleg lidning, ønsket om eutanasi må vere frivillig og eksplisitt og fasthalde over tid, alle andre terapeutiske innfallsvinklar må vere prøvd, tilfellet må ha vore diskutert med ein uavhengig kollega, sjølv inngrepet må vere medisinsk forsvarleg og dødsfallet må meldast til ein «public coroner» og granskast av ein spesiell kommisjon som er sammensett av jurist, lege og etikar med ein jurist som sekretær. Landet har fem slike kommisjonar som samlar data og publiserer dei.

Av dei eutanasi-tilfella som blir innrapportert er det slett ikkje alle der vilkåra nemnt over, er fylt. Det er likevel svært få legar som nokon gong er blitt stilt for retten og dømt. Legen sitt kliniske skjønn om at tida var inne blir tungt vektlagt i desse kontrollnemndene. Eit problem er også at berre litt i overkant av halvparten av alle eutanasi-dødsfall blir rapportert. Dette har dei håp om skal bli betre når lova blir endra, antakeleg i 2002.

Eutanasi til barn

Open framferd og høve til kontroll er viktige argument for lovending. Det skal berre vere legar som skal ha lov å utføre eutanasi. Lovforslaget tek også sikte på å regulere praksis med å yte eutanasi til pasientar som ikkje sjølv kan be om eutanasi, eller ikkje fyller krava til samtykke. Eksempel på slike pasientar er komatøse, senile eller mindreårige.

Går lova gjennom, kan det bety at eit barn på 12–16 år kan få tilgang til eutanasi sjølv om ein eller begge foreldra er imot det. Det siste er omstridt også i Nederland. Praksis viser at også pasientar med kroniske lidningar, altså pasientar som ikkje er terminale, får utført eutanasi og at også eksistensiell eller psykisk lidning kan bli klassifisert som uuthaldeleg og såleis fyller krava til eutanasi. Det kom også fram at nederlandske legar i praksis ofte presenterer eutanasi som eit alternativ overfor pasienten.

Tankevekkande nok kom det fram at Rimmelink, professor i strafferett og mannen bak Rimmelink-rapporten om eutanasi praksis i Nederland (4, 5), sjølv meiner at det ikkje er behov for ei formell lovending, fordi ein ikkje kan straffe

ein ærbar doktor som tener pasienten.

Kosmetisk skilje

Ein fundamental skilnad mellom den norske og den nederlandske tenkjemåten er at dei fleste norske legar meiner det går eit fundamentalt skilje mellom det at legen aktivt forkortar sjukdomsgangen med ein medisinsk intervensjon og det at den håpløst sjuke pasienten døyr av sin grunnsjukdom ved at ein avstår frå ytterlegare behandling. I Nederland ser ein eit slikt skilje meir som kosmetisk. Spørsmåla knytt til eutanasi vert diskutert ope, og dei opplever at det faktum at praksis ikkje blir fordømt, men kontrollert, borgar for ei etisk forsvarleg utvikling. Dei fleste nederlandske legar synes ikkje å oppleve noko fundamentalt skilje mellom eutanasi og avståing frå behandling.

Terminal sedering vart trekt fram som eit eksempel på noko som i einskilde tilfelle kunne klassifiserast som langsam eutanasi. Dei norske deltakarane argumenterte for at vi har valt å kjempe mot eutanasi samtidig som vi ønskjer å arbeide oss fram til retningslinjer for å regulere gråsonep praksis som kan vere etisk og juridisk problematisk knytt til avståing av behandling og smertebehandling.

I Belgia blir eutanasi utført i det skjulte. Ein arbeider med ei lovendring analog til den nederlandske. Denne vil regulere eutanasi, ikkje assistert sjølv mord. Interessant nok er dei belgiske legane imot ei liberalisering av lova, ikkje nødvendigvis fordi dei fordømmer eutanasi prinsipielt, men dei ønskjer ikkje kontroll utanfrå. Det er såleis usikkert om lovforslaget vil bli vedteke i Belgia.

Å vere avvikar i eutanasispørsmål

Mykje av dødshjelpa skjer i privat praksis ved at pasienten sin eigen lege utfører handlinga. Dersom pasienten er så uheldig å ha ein lege som ikkje vil delta eller heller ikkje tilvise, blir pasienten skadelidande. Retten til å reservere seg for legar er klar, men dei diskuterer om det ikkje bør ligge føre ei tilvisingsplikt.

Vi møtte allmennlegen Berthus van Dijk som ikkje var villig til å utføre eutanasi. Van Dijk underviste i palliativ omsorg og arbeidde også ved eit hospice. Han framheva synet på liding i den nederlandske kulturen som det meiningsbærande elementet i arbeidet for eutanasi. Han sa at svært mange legar ser på dette arbeidet med motvilje, men få torer å opponere offentleg fordi å seie nei til eutanasi blir oppfatta som at ein då seier ja til liding.

For vår kollega var utfordringa i dag å gjere behovet for eutanasi lite gjennom god palliativ omsorg. Sjølv hadde han mange gonger opplevd at pasientar som bad om eutanasi gjekk bort frå ønsket når han forklarte at han skulle gjere alt som stod i hans makt for å lindre og støtte. Han opplevde ofte at det var dei pårørande som framsette ønsket, og som nemnt også at mange legar følte det som ei plikt å komme med dette alternativet til pasienten.

På spørsmål om kvifor legeföreninga hadde vore så aktiv i eutanasispørsmålet svarte han at den kalvinistiske tradisjonen stod sterkt i Nederland. Denne bygger på rasjonalitet og effektivitet. Liding blir i denne samanhengen meiningslaus. I Nederland er det også sterk motvilje mot pietistisk kristendom. Palliativ omsorg blir sett på som den kristne måten å døy på, og opposisjon mot kristendommen er eit ja til eutanasi.

Van Dijk stadfesta at mykje av merksemda i eutanasispørsmålet er på prosessuelle spørsmål og ikkje prinsipielle. Han problematiserte kriteriet uuthaldeleg liding fordi det er så avhengig av skjønn, pasienten sitt og legen sitt. Han trekte også fram at fordi så mykje vekt blir lagt på legen si vurdering, fungerer ettersynet av jusen på dette området meir som ein kvasikontroll.

Auka makt til legen

På bakgrunn av besøket i Nederland kan ein oppsummere at legen si makt synes på området omsorg ved livets slutt å ha blitt større, ikkje mindre i Nederland. Vidare er det eit fundamentalt skilje mellom dei fleste norske og dei fleste nederlandske legar i synet på at det er eit moralsk skilje mellom aktiv forkorting av livet og det å avstå frå unyttig medisinsk intervensjon ved livets slutt. Å viske ut dette skiljet synest å vere ein viktig strategi for å rettferdiggjere eutanasi.

LITTERATUR

1. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasi – attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997; 45: 887–92.
2. Førde R, Aasland OG, Hviid Nilsen T. Medisinsk avslutning av liv. Er legenes holdninger forskjellige fra befolkningens? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1135–7.
3. Meidell NK, Næss AC. Eutanasi – erfaring fra norske smerteklinikker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3790 4.
4. Van der Wal G, van der Maas P, Bosma JM, Onuwteaka-Philipsen BD, Willems DL, Haverkate I et al. Evaluation of the euthanasia notifications procedure in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996; 335: 1706–11.
5. Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaf Carmen LM, Kester JGC, Onuwteaka-Philipsen BD et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995. *N Engl J Med* 1996; 335: 1699–705.

Publisert: 30. august 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeförening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.