

i ønsker basert på kulturelt betinget (skjønnhets)-syn, og jeg kan forvente at Rådet uttrykker skepsis også mot denne type inngrep.

Jeg har, med min kulturelle bakgrunn, vansker med å forstå at en skarve jomfruhinne skal være så viktig; jeg innser dog at retten til annen oppfatning finnes.

Jeg har større vansker med å forstå at kun hymenplastikk skal løftes som medisinsk etisk fanesak. Tanken slår meg at Rådet for legeetikk her kan komme i skade for å bli tatt til inntekt for det syn at kvinner som har førekteskapelig sex i kulturer der dette er skam- og straffebelagt, har bare seg selv å skyldes for det og må bære ansvaret selv, både for eget liv eller død og den av Rådet ønskede kulturelle utvikling i sitt etniske samfunn. Er det etisk forsvarlig?

Har Rådet for legeetikk diskutert spørsmålet med kolleger i andre land der hymenplastikk utføres rutinemessig, eller er dette et spørsmål om norsk lovgivning mer enn om særnorsk etikk?

Jessheim

*Björg-Helene Renaa*  
spesialist i allmennmedisin

#### Litteratur

1. Førde R. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1709.

## Eutanasi i Nederland – ny, foruroligende statistikk

Den kongelige nederlandske legeforening gir ut en publikasjon *Euthanasia in the Netherlands* med visse mellomrom. Femte utgave kom i desember 1996 og er delvis referert i Tidsskriftet (1). Nylig er 7. utgave kommet (2). I en artikkel av R. J. M. Dillmann sammenliknes årene 1990 og 1995. Aktiv dødsavslutning (active ending of life) viser en oppgang fra 2,9% til 3,4% av alle dødsfall i Nederland mellom 1990 og 1995. Oversikten inneholder også to nye rubriker, nemlig for dødsfall der det er brukt «opioider i store doser» og «avgjørelser om behandlingssunnlatelse» (forgo treatment).

Aktiv livsavslutning dreier seg oftest om intravenøs injeksjon av letale medikamenter. Royal Dutch Society for the Advancement of Pharmacy gav i 1994 ut et hefte om bruk av slike legemidler ved eutanasi (3). Heftet er selsom lesing. Opioider frarådes fordi pasienter som er blitt behandlet med slike midler en viss tid, kan være tolerante for opioidenes depressive effekt på respirasjonen. Dette er noe som er vel kjent blant dem som driver med palliativ medisin. Når det i tabellen opereres med uttrykket «store doser» (large dosages), må det virkelig dreie seg om betydelige kvanta.

15,5% av dødsfall skjer etter store doser med opioider gitt i den hensikt å avslutte livet (with the intention of ending life). I tillegg til dette kommer 3,0% der injeksjonen

er gitt med klar intensjon om å fremskynde døden (with the oblique intention to accelerate death). Disse pasientene kommer klart inn under det vi vil definere som aktiv døds-hjelp og øker denne kategorien fra 3,4% til 21,9%. Betegnelsen «large dosages» kan neppe komme inn under «dobbelteffekten», det vil si at et medikament gitt som smertestillende kan ha den bivirkning at det forkortet livet.

Når det gjelder avgjørelser om å unngå behandling, var det i 7% av tilfellene hensikten å fremkalle døden. Ved å legge til dette tallet, ser vi at i Nederland er 28,9% av dødsfallene registrert som følge av en eller annen form for aktiv døds-hjelp slik dette defineres i vårt land.

De aller fleste av oss er svært glad for Den norske lægeforenings klare holdning mot aktiv døds-hjelp. Tallene fra Nederland er foruroligende. Er de et uttrykk for den skrålplaneffekten mange av oss frykter? Hva kan det komme av at leger fra to så nære kulturer som Norge og Nederland tenker så forskjellig?

Sandvika

*Helene Pande*  
Kreftavdelingen  
Bærum sykehus

#### Litteratur

1. Pande H. Eutanasi. Forsøk på klargjøring og avgrensning av begreper. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3548–50.

2. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Euthanasia in the Netherlands. 7. utg. Utrecht: RDMA, 2000.

3. Administration and compounding of euthanasic agents. Haag: Royal Dutch Society for the Advancement of Pharmacy, 1994.

## Emil Aarestrup, lege og lyriker

Per Joachim Aarestrup Lund hadde i Tidsskriftet nr. 17/2002 en meget interessant artikkel om sin fjerne slektning, legen og dikteren Emil Aarestrup (1).

Lund skriver innledningsvis at Emil Aarestrups farfar utvandret med sin familie fra København til Bergen i 1788. Det gir meg grunn til å minne om at Danmark og Norge den gang var deler av det samme rike, kongeriket Danmark-Norge. Det dreide seg således ikke om utvandring, men om flytting til en annen by. Fredrik Aarestrup hadde vært så heldig og dyktig at Kongen fant å vil le forfremme ham fra Toldbetjent i København til Overtoldbetjent i rikets viktigste handels- og sjøfartsby, et stort og viktig embete. Han døde her den 1. februar 1815. Den gang som nå, var det her langs kysten i nord og sør staten tjente sine penger.

Vi får vite i artikkelen at Emil Aarestrup (egentlig Carl Ludvig Emil) tok medisinsk embetseksamen i 1827, men ikke hvor han tok eksamen. I Danmark hadde man fortsatt den ordning som også gjaldt før Danmark og Norge skilte lag i 1814, at staten innenfor

samme by, København, drev to lærestalter som utdannet leger. Den ene var det gamle medisinske fakultet ved Københavns Universitet, den annen Det Kongelige kirurgiske Akademi fra 1785. Fra førstnevnte ble man cand.med., fra sistnevnte cand.chir. Eksamen fra begge institusjoner gav nøyaktig de samme rettigheter til å praktisere og til å bli ansatt som embetsmann. Emil Aarestrup tok eksamen ved universitetet, men akademiet utdannet langt de fleste leger. Først i 1838 ble de to institusjoner smeltet sammen, og de som deretter ble uteksaminert fikk tittelen cand.med. et chir., slik som det fortsatt er.

Seligmann Meyer Trier som Aarestrup søkte råd hos i sin praksis, var ikke ved Rigs-hospitalet. Det ble først opprettet omkring 1910. Han var overmedicus og titulær professor ved Frederiks Hospital, det daværende undervisningssykehus. I dag brukes det av Kunsthindustrimuseet. Det ligger i Bredgade, bare noen skritt fra Kirurgisk Akademi hvor man nå finner Medicinsk-Historisk Museum. Begge steder er vel verdt et besøk.

Apropos: Bare få er klar over at Universitetet i Oslo i de første ca. 40 år utdannet to sorter leger. Man kunne bli candidatus med. eller examinatus med. som var hyppigst. Hos oss var de to eksamener ikke likestilte. Men det er en annen historie.

Bergen

*Torstein Bertelsen*  
cand.med. et chir.

#### Litteratur

1. Lund PJA. Var det synd? Emil Aarestrup, lege og lyriker. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1656–9.

## Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
  - **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
  - **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
  - **Sendes redaktøren som e-post**  
*tidsskriftet@legeforeningen.no*  
eller  
**A-post**  
Tidsskrift for Den norske lægeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo  
eller  
**telefaks til 23 10 90 40**
- Bruk kun én forsendelsesmåte.**