

å finne svar på konkrete spørsmål. Verre er det at svarene ofte ikke finnes, fordi viktige temaer omtales overfladisk i flere omganger i stedet for grundig og sammenfattende. Jeg savner blant annet konkret omtale av kommunikasjons- og ventilasjonshjelpemidler ved nevrologiske sykdommer. Det er dessverre flere eksempler på lavt presisjonsnivå, slik som følgende råd ved synsproblemer ved multipel sklerose: «Hjelp fra dem som arbeider med slike pasienter.»

Til tross for at mye kunne vært bedre, representerer denne boken et viktig steg i riktig retning, og den bør være tilgjengelig ved nevrologiske avdelinger. Den bidrar til å klarlegge grensene – både etisk, legalt og praktisk – mellom adekvat palliativ behandling og eutanasi. Dessverre kan det fortsatt forekomme at pasienter med langtkommet amyotrofisk lateralsklerose som sliter med dyspné ikke får adekvat morfinbehandling. Dette er like forkastelig enten det skyldes mangel på kunnskaper om farmakoterapi og ventilasjonsstøtte eller skillet mellom eutanasi og lindrende behandling.

Trygve Holmøy

Nevrologisk avdeling
Ullevål universitetssykehus

Eutanasi i Nederland

Henk ten Have, Jos Welie

Death and medical power

An ethical analysis of Dutch euthanasia practice. 242 s. Maidenhead: Open University Press, 2005. Pris USD 66
ISBN 0-335-21755-9



Hvordan kan det være så stor forskjell i holdningen til dødshjelp og legeassistert selvmord som det er mellom nederlandske og norske leger? Er det bare snakk om at Nederland ligger langt foran i løypa og at andre land i vår kulturkrets etter hvert vil komme etter? Denne

usedvanlig grundige og reflekterte boken gir delvis svar. I motsetning til de sentrale forkjemperne for den liberale politikken i Nederland (der leger som tar livet av pasienter ikke skal straffes), f.eks. landets tidligere helseminister Else Borst-Eilers, er forfatterne svært opptatt av at motstandernes syn ikke skal avfeies som usaklige ytringer fra folk uten kjennskap til nederlandske forhold. De minner oss flere ganger om at slett ikke alle nederlendere, det være seg leger eller pasienter, er tilhengere av dødshjelp.

Deres grundighet gjør at de kan sette opp nøyaktige oversikter over dødsfall i Nederland. Tallenes tale er som følger: Av 140 337 registrerte dødsfall i 2001 var leger med på å avgjøre omstendighetene i 70 %

(98 200) av tilfellene. 6 % av disse, 5 881 dødsfall, ble kategorisert som enten legeassistert selvmord (300) eller aktiv dødshjelp med pasientens samtykke (5 581). I tillegg var det 9 030 tilfeller av behandlingsavslutning der pasienten samtykket. Så var det ytterligere 1 644 tilfeller av aktiv dødshjelp og 9 400 tilfeller av behandlingsavslutning uten pasientens samtykke. Blant de resterende var det 35 420 tilfeller der legenes medvirkning forårsaket en sannsynlig, men ikke sikker fremskyndelse av dødstidspunktet, og 36 825 tilfeller der legenes medvirkning ikke hadde betydning for dette. Et tankeeksperiment: Om vi skalere ned til norske forhold og tenker oss en praksis som i Nederland, ville vi årlig hatt anslagsvis 1 749 tilfeller av aktiv dødshjelp med pasientens samtykke og 515 tilfeller av aktiv dødshjelp uten slikt samtykke. Er det slik vi ønsker det?

Boken gir en god innføring i utviklingen av juridisk diskurs og praksis fra 1886 og frem til endringen i den nederlandske straffeloven som ble vedtatt i 2001. Der står det (min oversettelse fra engelsk):

1. En person som avslutter en annens persons liv etter den andre personens uttrykkelige ønske kan dømmes til maksimum 12 års fengsel eller en bot av femte kategori.
2. Den forbrytelsen som er nevnt i § 1 er ikke straffbar dersom den er utført av en lege som har fulgt reglene for korrekt omsorg slik de står i artikkel 2 i lov om ønsket livsavslutning og assistert selvmord, og som informerer offentlig myndighet om sine handlinger i henhold til artikkel 7, § 2 i lov om begravelse og kremasjon.

Eutanasi er altså legenes eksklusive rett. Selv de legene som ikke melder fra eller følger reglene, og det er faktisk ganske mange, blir ikke straffet.

Hva er drivkreftene bak denne utviklingen som er så spesiell for Nederland, men som nå kanskje også er på gang i enkelte andre land? Boken gir svar på dette. Det dreier seg om to forhold. Det ene er at sentrale nederlandske jurister og politikere har drevet dette frem – f.eks. senator Bongersma, som først var praktiserende jurist, deretter forsker ved kriminologisk institutt ved universitetet i Utrecht og senere senator i overhuset. Han ble en forkjemper for at eldre mennesker som synes livet ikke lenger er verdt å leve, bør få hjelp til å dø. Selv døde han i 1998 som et resultat av legeassistert selvmord.

Den andre drivkraften er legenes forsvar for sin profesjonelle autonomi. I Nederland er legeautonomi, ikke minst gjennom aktiv medvirkning fra den nederlandske legeforening, blitt nesten synonymt med retten til å ta pasientens liv dersom man mener det er best. Den nederlandske legen står med andre ord fremdeles på pidestallen.

De fleste er enige om at norske legers status ikke lenger er kunstig opphøyet.

Dermed er det kanskje et visst håp om at det aldri vil bli nederlandske tilstander her i landet.

Olaf Gjerløw Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt

Håndtering av uheldige hendelser

John Banja

Medical errors and medical narcissism

229 s. London: Jones and Bartlett, 2005.

Pris USD 50

ISBN 0-7637-8361-7



I amerikansk språkbruk omtales uheldige hendelser i helse-tjenesten som «medical errors», selv om det ikke er begått noen feil. Forfatteren er «clinical ethicist» ved Emory University i Atlanta. Boken starter med en god over-

sikt over uheldige hendelser i helsetjenesten, særlig basert på amerikansk litteratur. Temaet er den psykologiske håndteringen av hendelsen – i forhold til pasienten, pårørende, annet helsepersonell og særlig i eget sinn. Det er kapitler om psykologisk rasjonalisering, sunn og usunn narsissisme, tilgivelse, gode og dårlige tiltak og gode råd om den åpne og empatiske samtalen etter en uheldig hendelse. I et appendiks fortelles sagnet om Narkissos som ble så besatt av sitt eget speilbilde at han mistet følelsen for andre mennesker.

Budskapet er at helsepersonell, og særlig legene, ofte er medisinske narsissister, dvs. tvangspregede perfeksjonister. De er vant til å være flinke og feilfrie, og de er oppdratt til flid, orden, arbeidsomhet og høy moral og stiller høye krav til seg selv (mange er barn av helsepersonell). De har de beste hensikter og hater å gjøre feil. Skjer det en uheldig hendelse, utløses ofte sterke følelser, som forfatteren sammenfatter i begrepet SCRAM: «shock, concern, rationalisation, avoidance, minimisation». Disse følelsene fører ofte til at man benekter, unngår, bortforklarer, tier eller skylder på andre. Forfatteren har iallfall delvis dekning for dette synet i internasjonal litteratur.

Banja uttrykker seg presist, men ofte ganske tungt og omstendelig. Disposisjon, overskrifter og sakregister er gode. Dette er ingen lett bok å lese, men jeg synes den er verdt strevet. Forfatteren setter ord på sterke, vonde og vanskelige følelser – jf. at involvert helsepersonell er «the second victims». Jeg tror at mange burde lese boken, reflektere over budskapet og velge den empatiske samtalen med «the first victims» – pasient og pårørende.

Peter F. Hjort

Blommenholm