



Anmeldelser

Tips om medisinsk litteratur, andre bøker, filmer og elektroniske medier som bør anmeldes, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Dødshjelp belyst juridisk, etisk og medisinsk

Henning Herrestad, Lars Mehlum, red.

Utholdelige liv

Om selvmord, eutanasi og behandling av døende. 225 s. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005. Pris NOK 325
ISBN 82-05-33503-6



Boken består av innledning og 15 kapitler, hvorav tre er kortfattede skjønnlitterære bidrag. Av de andre 12 dreier sju seg om forskjellige aspekter ved selvmord, dog ikke forebygging og behandling. De andre fem

handler om dødshjelp, belyst juridisk, etisk og medisinsk.

I et interessant kapittel om jus og dødshjelp bringer Aslak Syse oss à jour med lovgivningen. Mens han tidligere mente at legeassistert selvmord i visse tilfelle burde være straffritt, er han etter hvert blitt mer restriktiv, og han argumenterer godt for sitt syn.

Det mest tankevekkende bidrag kommer fra Lars Johan Materstvedt: *Bør man ikke selv få lov til å bestemme hvordan man skal dø?* Svaret er ikke opplagt – bl.a. ut fra tankegangen at pasienter i terminal fase eller med alvorlig sykdom ikke er i stand til å vite sitt eget beste. Han stiller også det interessante spørsmålet om vi noensinne kan være sikre på at vi på et gitt tidspunkt vet vårt eget beste. Det er spennende å følge hans resonnering, kanskje alvorlig syke ikke vet sitt eget beste? Men i de vanskelige spørsmål om livets avslutning må noen ta en avgjørelse ut fra hva som er til pasientens beste, det være seg sykehuslegen eller sykehjemslegen. Den første har ofte kjent pasienten relativt kort tid, har begrensede kunnskaper om ham og vet lite om hans innerste ønsker og tanker. Den andre har ofte kjent pasienten over lengre tid, men man kan stille spørsmål ved hvor godt han egentlig kjenner vedkommende. Materstvedt drøfter ikke om legen vet best. Det er et savn. Inntil han eller noen annen kan overbevise meg om det motsatte – at hvis man må velge mellom hvem som vet mest om hva som er til pasientens beste, enten denne selv, alvorlig syk eller ikke, eller legen – vil jeg satse på pasienten.

Henning Herrestad har skrevet om bruken av skråplanargumentet mot legalisering av aktiv dødshjelp. Her var det mye stoff til ettertanke, særlig konklusjonen at man skal være forsiktig med å bruke skråplanargumenter i etiske debatter fordi de er så avhengige av debattantenes grunnleggende syn på samfunnet.

Stein Husebø har et sterkt personlig og meget leseverdig bidrag: *Sykdom, sorg og kjærlighet – kan vi forberede oss på døden?* Han skriver bl.a. ut fra erfaringen med sin datters suicid. Kristin Bjordal og Nina Aass belyser spørsmålet *Hvordan avgjøre om man skal avbryte eller unnlate å starte videre behandling?* ut fra ti kasuistikker, som jeg egentlig ikke synes er særlig informative. Bidraget er litt rotete, det er flere gjentakelser og språket er ikke alltid godt. «I løpet av en sykdomsperiode kan det være aktuelt å lindre symptomer, til tross for at det fortsatt er et håp om at pasienten kan bli frisk» (s. 175).

Det siste kapitlet, *En resept på et selvmordsfritt samfunn?*, er skrevet av Yngve Hammerlin. Han er ikke sikker på om et selvmordsfritt samfunn er ønskelig – det ville sannsynligvis forutsette et sterkt kontrollerende samfunn, et samfunn vi av mange grunner ikke vil ønske oss.

Utholdelige liv er en spennende tittel. Jeg har lest boken med stor interesse, selv om den ikke oppfylte alle de forhåpninger jeg hadde da jeg åpnet den. Den er stort sett velskrevet, men flere av kapitlene bringer lite nytt, og det er blitt mange gjentakelser. Jeg savner en diskusjon om hva som gjør livet utholdelig. Selv om smerte kan dominere på slutten av livet, så tror jeg det mange frykter er en slutfase i avhengighet, uten verdighet og med manglende kontroll over naturlige funksjoner. For mange fremstår dette som et utholdelig liv.

Jeg synes at suicidaliteten har fått en uforholdsmessig stor plass, men spesielt interesserte vil finne et vell av referanser, ikke minst om synet på selvmord gjennom tidene. Jeg savner videre et kapittel forfattet av en som har et annet syn på assistert dødshjelp eller aktiv dødshjelp. Det hadde ikke vært urimelig om Kari Vigeland eller Levi Fragell hadde vært blant bidragsyterne. Hvis boken kommer i nytt opplag, vil jeg sterkt anbefale å ha med en omtale av forfatterne. Selv kjente jeg langt under halvparten av dem.

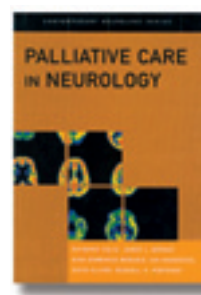
Christian F. Borchgrevink
Madserud sykehjem

Palliativ neurologi

Raymond Voltz, James L. Bernat, Gian Domenico Borasio, Ian Maddocks, David Oliver, Russel K. Portenoy, red.

Palliative care in neurology

448 s, tab, ill. Oxford: Oxford University Press, 2004. Pris USD 120
ISBN 0-19-850843-3



Dette er en bredt anlagt lærebok som er tenkt dekke alle berøringspunkter mellom neurologi og palliativ medisin. Den er skrevet av og for nevrologer, men vil være av interesse også for andre leger og yrkesgrupper som

gir hjelp til pasienter med alvorlige nevrologiske sykdommer. Utgivelsen er et prisverdig initiativ. Mange kroniske nevrologiske sykdommer fører til uttalt funksjonssvikt og særegne problemer som krever både interesse og kunnskaper av behandlerne. Likevel har moderne lærebøker i neurologi knapp omtale av palliativ behandling.

De 42 kapitlene dekker spesifikke nevrologiske sykdommer, som amyotrofisk lateralsklerose, multippel sklerose, Parkinsons sykdom og epilepsi, og generelle emner som smerte, spastisitet og tretthet (fatigue). Begrepet «palliativ medisin» er brukt ganske vidt og er ikke begrenset til smerter og problemer i livets slutfase. Dette er etter mitt skjønn fornuftig, fordi pasienter med alvorlige nevrologiske sykdommer har behov for lindrende behandling over et langt tidsrom.

De sykdomsspesifikke kapitlene inneholder en kort oppdatering om etiologi, symptomatologi og behandling. For lesere med begrenset kjennskap til sykdommene kan dette være en grei innføring. De fleste leger ved nevrologiske avdelinger vil imidlertid finne stoffet bedre dekket i andre lærebøker i neurologi. Man burde ha konsentrert seg om lindrende behandling og heller utelatt temaer som genetisk disposisjon for epilepsi.

Boken har en rekke redaktører og mange forfattere og bærer preg av svak redigering. Det er for mye overlapping mellom kapitler om spesifikke sykdommer og kapitler om generelle symptomer. Dette gjør boken unødvendig lang, og det blir vanskelig

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 nevromuskulære 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 neurologiske 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 kultur

turkrets 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 pødestallen.

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 helsevesenet 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 appendix 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