

Dette etiske dilemmaet er kjernen i eutanasidebatten, og i de siste 20–30 årene er det første prinsippet svekket og de andre to styrket.

Mitt syn har vært forankret i det første prinsippet, og mange gamle pasienter har sagt til meg: «Døden står i Guds hånd, ikke i menneskenes.» Men samtidig har jeg som alle andre leger erfart at medisinenes ufattelige muligheter har sine begrensninger, og på slutten av livet er det ofte naturlig ikke å starte, eventuelt å avslutte, aktiv livsforlengende behandling (withholding or withdrawal). Dermed er grensene blitt mer uklare.

I Nederland og deretter Belgia har man hatt et annet syn på eutanasi enn i andre land, og i 2002 ble retten til eutanasi og legeassistert selvmord lovfestet i begge land. Loven er streng og presis: pasienten (og/eller de pårørende) skal ønske det, pasienten skal være på slutten av livet og ha store lidelser, og legen skal sikre at betingelsene er oppfylt og skal konsultere en uavhengig kollega. Blir det aktiv dødshjelp, skal det rapporteres til en uavhengig kommisjon for vurdering etterpå. Forfatterne understreker at det er mer, ikke mindre, lover og regler om dette i Nederland og Belgia enn i alle andre land. Statistikken er slik i 2005 i Nederland: Det var ca. 136 000 dødsfall, 28 % døde hjemme, og i 16 % var det «withholding or withdrawal of therapy», i 25 % ble det gitt smertestillende som muligens forkortet livet (dobbeleffekt), i 1,7 % ble det gjort eutanasi og 0,1 % legeassistert selvmord (til sammen 2 455 tilfeller). De siste ti årene har legene rapportert ca. 2 000 tilfeller av aktiv dødshjelp per år, og man tror at rapporteringen blir mer fullstendig, samtidig som eutanasi-frekvensen ikke øker. Man kan være enig eller uenig i denne praksisen, men måten det gjøres på og kontrollen, er forbillig. En nederlandsk lege som har arbeidet mange år i Norge forklarte meg at nederlandske holdninger er preget av dikene: Alle vet at det må være pinlig orden rundt dem.

Den historiske utviklingen av lover og regler, praksis og statistikk for Nederland (ca. 200 sider) og Belgia (ca. 70 sider) blir gjennomgått. Det er et eget og spesielt grundig kapittel om aktiv dødshjelp for nyfødte, som diskuterer det grunnleggende begrepet «a liveable life». I 2005 døde 834 spedbarn under ett år i Nederland, og i 31 tilfeller ble det gitt legemidler som muligens eller sikkert avsluttet livet. Reglene for dette er detaljerte og strenge. Det er også korte kapitler om England og Wales, Frankrike, Italia, Skandinavia (mest om Norge), Spania og Sveits – til sammen ca. 250 sider. Det skandinaviske kapitlet er skrevet av R. Førde, L.J. Materstvedt og A. Syse. Til slutt kommer et kort, men godt og tankevekkende kapittel om de vanskelige refleksjoner som melder seg i dette farvannet.

Boken er klart og godt skrevet. Den handler om lovgrunnlaget for eutanasi,

men teksten er lett å følge for interessert helsepersonell. Den har gode tabeller og noen få figurer. Teksten er bevisst utformet, slik at man ikke behøver å drukne seg i notene. Disposisjonen er klar og logisk og det er lett å finne frem og lese enkelte kapitler. Sakregisteret er utmerket.

Ingen kan vente at denne blir lest i detalj av mange leger og annet helsepersonell. Men den angår et sentralt tema i helse-tjenesten og eldreomsorgen, og jeg håper at den vil bli brukt i diskusjonene i Norge. Forfatterne tror at flere land i Europa vil følge etter Nederland og Belgia, og de har sendt meg inn i tenkeboksen. Derfor slutter jeg med et berømt sitat av Oliver Cromwell (1599–1658): «I beseech you, in the bowels of Christ, think it possible you may be mistaken.»

Peter F. Hjørt  
Blommenholm

## Ung i Afrika

Klepp K-I, Flisher AJ, Kaaya SF, red.

### Promoting adolescent sexual and reproductive health in East & Southern Africa

344 s, tab, ill. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet, 2008. Pris SEK 320  
ISBN 978-91-7106-599-5



Da jeg fikk denne boken til anmeldelse, hadde jeg besøk av en ugandisk professor i medisinsk sosiologi i anledning en disputas. Han hadde ikke sett den eller hørt om den, men ble meget interessert. Så mitt første eksemplar

reiste til Uganda før jeg hadde rukket å åpne det. Det er i grunnen typisk, de som virkelig trenger stoff som dette, har vanskeligheter med å få tak i det.

Dette er en nødvendig utgivelse. Aidsepidemien i Afrika rammer flere og flere unge og flere og flere fattige. Kampen mot hiv/aids er styrt av folkehelse mål, men også av ideologi. Selv om det er bred enighet om at unge mennesker må få opplæring i hvordan de kan unngå å bli smittet, er det ikke enighet om hva som virker og hvordan kunnskap og atferdsendring best fremmes. Her er det noen svar. De fleste bidragstyperne – unntatt én, tror jeg – er ikke medisinske, men samfunnsvitere av ulike slag. Det viktigste budskapet er at arbeidet mot hivsmitte hos unge er et komplekst fenomen der det trengs en bred, mangefasettert tilnærming. Her er det ingen magiske løsninger og enkle intervensjoner.

Utgivelsen har vel et par svakheter i forhold til tittelen. Det ene er at helsetjenester for ungdom er nokså dårlig dekket, med ett unntak, og det andre er at integreringen av ulike elementer av reproduktiv og seksuell helse kunne vært gjort bedre. Det merkes at redigeringen har vært gjort av folk som jobber mest med hivepidemien. Den er jo den viktigste trusselen mot unge menneskers helse i det sørlige Afrika, så det betyr ikke så mye. Men reproduktiv helse er mye mer. Heldigvis er det kapitler om abort og om seksuell debut.

Styrken er at det som presenteres, er kunnskaps- og feltbasert, at de som skriver om de forskjellige temaene, vet veldig mye om dem, at det er et godt teoretisk fundament for de fleste temaene, og at det er grundig. Noen ganger kanskje for langt og grundig for målrettede, handlingsorienterte medisinerere?

Kapitlet om kollegaveiledning (peer education) er nyttig og viktig, fordi dette er en strategi mange tror blindt på. Så enkelt er det ikke. Kapitlene om helsetjenester og om holdninger hos helsepersonell er empiribaserte og viser oss at det ikke står så veldig bra til med helsetjenesten for unge, utsatte mennesker. Her hadde jeg personlig ønsket meg noe mer, kanskje av typen oversiktsartikkel over hva slags tjenester som tilbys og hva man vet om det som «virker». Kapitlet om evalueringer er også veldig nyttig. Det er utrolig at ikke flere intervensjoner rettet mot ungdom faktisk er strengt evaluert etter klare kriterier.

Alt i alt er dette en nyttig og god utgivelse. Den er tilstrekkelig «kassusnær» til at man kan få inspirasjon til handling på en konkret måte, og tilstrekkelig oversiktsbasert til at den er generell nok. Jeg kunne tenkt meg en problematisering av hvem som utgjør den omtalte målgruppen «adulthood». Selv liker jeg bedre uttrykket «young people», slik vi bruker uttrykket «ungdom» på norsk. Og jeg kunne vel også tenkt meg noen flere unge stemmer. Antropologene og psykologene forsøker å gi dem kulør, og det fortjener de.

Tilbake sitter jeg med en følelse av å ha lest noe meget godt og nyttig, samtidig som alle utfordringene også kommer tydelig frem – ungdom i krise, i krig og på flukt, hva med dem? Unge med homoseksuell orientering i en kultur der dette fordømmes, hva sier de? Og helsetjenestene, hvordan kan de bli vennlige, ikke for dyre, brukbare og nyttige for *alle*, ikke bare ungdom?

Johanne Sundby  
Seksjon for internasjonal helse  
Universitetet i Oslo