
Legeforeningen bør fortsatt si nei til dødshjelp

KRONIKK

MORTEN ANDREAS HORN

morten_horn@hotmail.com

Morten Andreas Horn er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus. Han er medlem av Rådet for legeetikk 2018–21.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIRI BRELIN

Siri Brelin er ph.d., spesialist i allmennmedisin, godkjent lege i kompetanseområdet palliativ medisin, og overlege ved Senter for lindrende behandling, Kreftavdelingen, Sykehuset Østfold Kalnes. Hun er medlem av Rådet for legeetikk 2014–25.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Legeforeningen har lenge hatt et klart standpunkt mot legalisering av dødshjelp. British Medical Association har nylig skiftet til en nøytral posisjon. Er det på tide at også Legeforeningen justerer kursen?



Illustrasjon: Tiril Haug Johne

Stadig flere land har de siste årene legalisert og innført (aktiv) dødshjelp. I Norge har bare Fremskrittspartiet og Miljøpartiet De Grønne (per september 2021) tatt til orde for å utrede eller innføre dødshjelp, men befolkningen har i gjentatte meningsmålinger vist en positiv holdning til dødshjelp (1). Man får en følelse av at «dødshjelp kommer» også i Norge, og at det bare er et spørsmål om tid (2). Vi vil her argumentere for at Legeforeningen fortsatt bør si nei til dødshjelp.

Hva mener Legeforeningen om dødshjelp?

Legeforeningen har tatt et klart standpunkt mot legalisering av dødshjelp. Kapittel I § 5 i Etske regler for leger, revidert så sent som på landsstyremøtet i 2021, slår fortsatt fast at Legeforeningen er mot dødshjelp ramme 1). Motstanden mot dødshjelp har dype røtter blant leger. Mange leger trekker linjene tilbake til den hippokratiske ed, med dens forbud mot å gi noen et dødelig legemiddel ((3)). Lederen av Rådet for legeetikk uttalte i 2015 at dødshjelp er «det motsatte av hva leger skal drive med» (4).

Ramme 1 Etske regler for leger, kapittel I § 5, vedtatt av Den norske legeforenings landsstyremøte 2021.

«Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, som begge er handlinger hvor legen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet. Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling er ikke å regne som dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg lindre på annen måte.»

Med det finnes også leger med et positivt syn på dødshjelp, både i Norge og internasjonalt. En studie av holdningene blant norske leger publisert i 2019 viste at 31 % var svært eller litt enige i at legeassistert selvmord burde være tillatt for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid (5). Internasjonalt tillater stadig flere land dødshjelp, og dermed blir stadig flere leger involvert i prosessen. World Medical Association justerte derfor i 2019 sitt standpunkt til dødshjelp, i retning av en mindre fordømmende holdning til leger som velger å utføre dette (6). I Storbritannia besluttet British Medical Association i september 2021 å oppgi sin uttrykte motstand mot dødshjelp og innta en nøytral posisjon (7). Vedtaket begrunnes med meningsmålinger som viser at dødshjelpmotstanderne ikke lenger er i flertall blant britiske leger. Det hevdes også at dødshjelp er et politisk spørsmål som samfunnet må ta stilling til gjennom ordinære lovgivningsprosesser, og som det ikke er opp til legestanden å stille seg i veien for (8).

Bør Legeforeningen endre standpunkt?

Bør vi i Norge følge samme spor som Storbritannia? Legeforeningen skal prinsipielt sett representere alle medlemmene og deres syn, også de som mener dødshjelp er berettiget og bør være tillatt. Skal det være opp til Legeforeningens representative demokrati å bestemme hva den enkelte lege skal kunne velge å gjøre ut fra sin egen overbevisning? I andre bioetiske spørsmål har Legeforeningen akseptert at det er samfunnet som avgjør lovens rammer, og at legenes jobb er å tilby befolkningen de helsetjenester som er lov i landet. Er det da riktig av oss å blokkere det som ifølge meningsmålinger er folkets klare vilje?

Ikke et nøytralt spørsmål

Hvert enkelt tilfelle av dødshjelp er et unikt, sammensatt og vanskelig etisk spørsmål, der forhold hos både pasienten og legen og rammene rundt dem avgjør om man lander på at det er rett eller galt å yte dødshjelp. Selv om meningsmålinger gjerne opererer med stiliserte, enkle kasuistikker man skal ta stilling til, vil gråsonene prege den virkelige dødshjelpspraksisen. Samfunnsdebatten om dødshjelp er derimot mer renskåren: Den handler om ja eller nei til om dødshjelp skal være lov. Man kan være «litt enig» i at dødshjelp burde være tillatt, men samfunnet kan ikke tillate dødshjelp «litt». Denne skarpe ja-nei-todelingen av svaret bidrar til polariseringen av debatten. Det som står på spill – liv og død – utløser sterke emosjoner og alvorlige konsekvenser. Man kan ikke være nøytral i dødshjelpsaken.

«Man kan være 'litt enig' i at dødshjelp burde være tillatt, men samfunnet kan ikke tillate dødshjelp 'litt'»

Vi mener derfor at et «nøytralt» standpunkt i dødshjelpsaken er et ikke-standpunkt. Legalisering av dødshjelp vil kunne ha stor innvirkning på legers arbeidssituasjon. Erfaringen fra land som har tillatt dødshjelp, tilsier at en stor andel praktiserende leger, ikke minst allmennleger, vil bli eksponert for og involvert i dødshjelp dersom det

legaliseres (9). Litteraturen viser at dette kan oppleves som en tung byrde for legene (10–12). Selv om det ofte tas for gitt at norske leger vil få adgang til å reservere seg mot å utføre dødshjelp (13), tilsier erfaringen både fra den norske «reservasjonsdebatten» knyttet til henvisning til abort og fra bl.a. Canada, som legaliserte dødshjelp i 2016, at en slik reservasjonsadgang fort vil komme under press (14).

Hva betyr «litt enig»?

Selv om 31 % av norske leger sier seg «svært enig» eller «litt enig» i at legeassistert selvmord burde være tillatt, viser undersøkelsen publisert i 2019 at de som er «svært enig», bare utgjør 9 % (5). Tilsvarende er det av de spurte legene bare 9 % som sier seg villige til å utføre dødshjelp dersom det blir tillatt i Norge. De 22 % som sier seg «litt enig», kan like gjerne grupperes med de 11 % som er «verken enig eller uenig», og de 11 % som er «litt uenig». Dette kan være leger som ser argumenter både for og mot legalisering av dødshjelp, men som foreløpig ikke har landet på et klart standpunkt om at loven i Norge, som i dag forbyr dødshjelp, bør endres. Det kan være leger som i prinsippet kan stille seg åpne for at dødshjelp skal kunne tillates, men som ville stille krav til hvordan dette skulle gjøres for at det skulle være akseptabelt. Samtidig viser undersøkelsen at nesten halvparten (47 %) er «svært uenig» i at legeassistert selvmord burde være tillatt, og enda flere er mot eutanasi eller dødshjelp til personer som ikke er døende.

«Meningsmålingen fra 2019 bør ikke tolkes som om en stor andel av norske leger mener at dødshjelp faktisk bør innføres»

Vi mener derfor at meningsmålingen fra 2019 ikke bør tolkes som om en stor andel av norske leger mener at dødshjelp faktisk bør innføres her til lands. Mindre enn én av ti er klart for dødshjelp, nesten halvparten er klart mot, og vi vet lite om hva de ca. 40 % i midten mener. Spesielt vet vi ikke hvilke kriterier som måtte oppfylles mht. pasientseleksjon, medisinske forhold, former for dødshjelp, kontrollsystemer, reservasjonsmuligheter mv. for at dødshjelp skulle være akseptabelt for dem.

Hvordan skal en dødshjelplov se ut?

Selv om noen leger er positive til dødshjelp og ønsker det innført i Norge, har det så langt kommet få forslag om hvordan en dødshjelplov rent konkret skulle utformes. Derimot har «nei-siden» i dag allerede konkrete regelverk å vise til, nemlig straffelovens forbud (§ 276 og § 277) og Etske regler for legers forbud mot å yte dødshjelp. Dersom Legeforeningen skulle endre holdning til dødshjelp i mer liberal retning, bør det konkretiseres hva en slik endring skulle bestå i. Skulle man åpne for legeassistert selvmord etter «Oregon-modellen» (15), eller skulle man gå for eutanasi etter modell av Nederland (16) eller Canada? Skulle det gjelde kun for terminale

pasienter, eller uavhengig av forventet levetid? Skulle psykisk lidelse diskvalifisere for dødshjelp, eller skulle intraktable psykisk lidelse være en selvstendig indikasjon? Hva med forhåndsønsker om dødshjelp ved fremtidig demens?

En klargjøring av disse spørsmålene bør ligge til grunn dersom Legeforeningen skal vurdere å endre sin holdning til legalisering av dødshjelp.

Nøytral betyr mer positiv

Legeforeningen har vært en klar aktør mot legalisering av dødshjelp, og vi mener dette har vært én viktig årsak til at heller ikke lovgiver har vært interessert i å arbeide for en legalisering. Dersom Legeforeningen skulle skifte standpunkt, f.eks. ved å innta en nøytral posisjon, ville et viktig hinder mot legalisering bli fjernet. Vi tror en slik endring ville bli oppfattet som et klart signal om en mer positiv holdning til dødshjelp blant legene.

I Canada og delstaten California i USA så man nettopp en slik effekt. Begge steder ble dødshjelp legalisert i 2016 etter at den nasjonale legeforeningen skiftet posisjon fra å være mot dødshjelp til å være nøytral (17). Vi mener samme tenkning ligger bak arbeidet for å få British Medical Association til å «go neutral». Dette vil virke som et seismisk skifte som kan få hele den nasjonale politiske debatten til å vippe i favør av legalisering.

Dét ville være greit her hjemme dersom legalisering av dødshjelp virkelig er det Legeforeningen og dens medlemmer ønsker. Vi tror imidlertid ikke at det er slik. En rekke meningsmålinger, og våre møter med norske kolleger, tilsier at motforestillinger mot dødshjelp er utbredt blant leger, ikke minst i de delene av legeprofesjonen som jobber tettest opp mot alvorlig syke og døende mennesker. Vi advarer derfor mot at Legeforeningen inntar et «pseudonøytralt» standpunkt til dødshjelp, med mindre medlemmene virkelig ønsker å bidra til å øke sjansen for at det å utføre dødshjelp blir en del av norske legers hverdag.

LITTERATUR

1. Kleiven DJH, Hartling O, Ståhle F et al. Dødshjelp: Lover, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. Dødshjelp i Norden? Etik, klinikk og politikk. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020.
2. Oksholen T. – Eutanasi kommer. Universitetsavisa.no 2.9.2010.
<https://www.universitetsavisa.no/forskning/eutanasi-kommer/184013> Lest 7.7.2021.
3. Færden S. Legeforeningen: Klart imot aktiv dødshjelp. Aftenposten 5.1.2012.
<https://www.aftenposten.no/norge/i/dOaGw/legeforeningen-klart-imot-aktiv-dodshjelp> Lest 7.7.2021.
4. Hytten K, Aarseth S. Leger og dødshjelp. Dagbladet 5.1.2015.
<https://www.dagbladet.no/kultur/leger-og-doslashdshjelp/60193734> Lest 7.7.2021.
5. Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B et al. Legers holdninger til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0391. [PubMed][CrossRef]

6. World Medical Association. WMA declaration on euthanasia and physician-assisted suicide. <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/> Lest 7.7.2021.
7. Iacobucci G. BMA moves to neutral position on assisted dying. *BMJ* 2021; 374: n2262. [PubMed][CrossRef]
8. Godlee F. Assisted dying: the debate continues. *BMJ* 2019; 364: l576. [CrossRef]
9. Kouwenhoven PSC, van Thiel GJMW, van der Heide A et al. Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient's autonomy. *Eur J Gen Pract* 2019; 25: 44–8. [PubMed][CrossRef]
10. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada and Europe. *JAMA* 2016; 316: 79–90. [PubMed][CrossRef]
11. Kelly B, Handley T, Kissane D et al. "An indelible mark" the response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: A review of research findings. *Palliat Support Care* 2020; 18: 82–8. [PubMed][CrossRef]
12. van Marwijk H, Haverkate I, van Royen P et al. Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med* 2007; 21: 609–14. [PubMed][CrossRef]
13. NOU 2016:13. Samvittighetsfrihet i arbeidslivet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-13/id2510437/> Lest 7.7.2021.
14. Carpenter T, Vivas L. Ethical arguments against coercing provider participation in MAiD (medical assistance in dying) in Ontario, Canada. *BMC Med Ethics* 2020; 21: 46. [PubMed][CrossRef]
15. Ekstrøm AB, Luthman M. En kritisk granskning av Oregonmodellen. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020.
16. Boer TA. Erfarenheter från femtio år med dödshjälp i Nederländerna. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020.
17. Kheriaty A. First, Take no stand. On assisted suicide, the medical profession ducks behind "neutrality. *New Atlantis* 2019; 59: 22 - 35. <https://www.thenewatlantis.com/publications/first-take-no-stand> Lest 7.7.2021.

Publisert: 13. desember 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0658
Mottatt 16.9.2021, første revisjon innsendt 23.10.2021, godkjent 2.11.2021.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.