
Dialog fremfor debatt om dødshjelp

INVITERT KOMMENTAR

INGRID MILJETEIG

ingrid.miljeteig@uib.no

Ingrid Miljeteig er lege og professor i medisinsk etikk ved Bergen senter for etikk og prioritering, Universitetet i Bergen og spesialrådgiver og leder i klinisk etikkomité i Helse Bergen.

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

Det pågår viktige diskusjoner om livsforlengende behandling, rettferdige prioriteringer og dødshjelp. Utfordringer oppstår når temaene blandes, begreper forveksles, empiri mangler og argumenter fra én diskurs brukes for å påvirke en annen.

Hva leger mener om dødshjelp påvirker både samfunnsdebatten og hva som kan gjennomføres i praksis. Magelssen og medforfattere har studert norske legers holdninger til dødshjelp basert på data fra en spørreundersøkelse i 2024 [\(1\)](#). En lignende undersøkelse ble utført i 2016 [\(2\)](#), og det publiseres stadig internasjonale studier om legers holdninger. Samfunnsendringer og kontekstavhengighet tilsier behov for oppdaterte, lokale data.

Kvantitative studier av selvrapporterte holdninger krever gjennomtenkt bruk og nøye tolkning. Hvilke data er det som løftes og diskuteres? Den norske studien viser at leger fortsatt har motstand mot dødshjelp, særlig når pasienten har lengre forventet levetid eller psykisk lidelse [\(1\)](#). I 2016 var 48 % sterkt uenige i legalisering av legeassistert selvmord ved dødelig sykdom og kort forventet levetid (påstand 1), mot 36 % i 2024, som er en signifikant nedgang. Andelen som var sterkt enig økte fra 9 % til 12 %. Tallene viser at flertallet fortsatt er skeptisk, men som forfatterne selv påpeker, nyanseres bildet når man inkluderer dem som uttrykker litt enighet eller uenighet: 39 % uttrykker en grad av enighet, mot 50 % uenighet. En som vil argumentere for liberalisering vil gjerne velge å fremstille det som at 39 % av leger er enige, mens en som er mot vil si at kun 12 % er enige. Valg og fremstilling av tall kan derfor brukes strategisk i debatter, og løsrevne funn kan støtte ulike syn. I tillegg antyder skjevhet i

utvalget med hensyn til kjønn og alder at støtte for legalisering kan være noe underestimert. Dermed minsker forskjellene fra svenske leger, hvor 47 % svarte ja til legalisering av legeassistert selvmord (3).

«En som vil argumentere for liberalisering vil gjerne velge å fremstille det som at 39 % av leger er enige, mens en som er mot vil si at kun 12 % er enige»

En særlig økning fra undersøkelsen i 2016 til 2024 ses i kategoriene «litt enig», «verken enig eller uenig» og «litt uenig» i påstand 1. Forfatterne tolker mellomposisjonene som uttrykk for at flere er uten klart standpunkt og at de «er usikre og lettere kan påvirkes av offentlig ordskifte og argumenter eller av det konkrete innholdet i et eventuelt lovforslag». En alternativ tolkning er at refleksjon over komplekse etiske spørsmål fører til mer nyanserte og mindre bastante svar (4). Kanskje er det en større grad av etisk refleksjon blant leger nå enn før siden temaet oftere belyses i utdanning, media og offentlig debatt? I tillegg møter leger i større grad pasienter som ønsker selvbestemmelse og har styrkede rettigheter. Kanskje flere ser gyldige etiske argumenter på begge sider og unngår bastante standpunkt? Eller har egne erfaringer i klinisk praksis gjort det tydelig at grensene noen ganger kan oppleves som uklare?

I klinisk etikkomité i Helse Bergen har vi i møter med ansatte erfart at frykt for dødshjelp kan komplisere diskusjoner om å avslutte livsforlengende behandling. I flere saker har avslutning av behandling hos alvorlig syke pasienter blitt feilaktig omtalt som eutanasi, mens å fortsette behandling har av andre blitt beskrevet som tortur. Eksempelene viser hvor viktig presis begrepsbruk og kunnskapsformidling er, også internt i fagmiljøet. Å avslutte livsforlengende behandling uten forventet nytte er god medisinsk praksis, ikke dødshjelp. Det er også behov for revisjon av relevante retningslinjer og for å anerkjenne og forbedre implementering og kjennskap til disse – for eksempel ved lindrende sedering (5).

Tilsvarende kan prioriteringsdiskusjoner bli avsporet av frykt for at ressursknapphet vil påvirke pasienter til å be om dødshjelp. Men prioritering handler om å fordele helseressurser rettferdig og effektivt. Vi må hjelpe hverandre med å bidra til at ressursene fordeles etter verdiene vi har blitt enig om, og at pasienter og pårørende kan ha tillit til at de skal få god behandling og omsorg når de er alvorlig syke og snart skal dø. Vi trenger åpne, tydelige diskusjoner om både prioritering og behandlingsbegrensning uten å blande disse ukritisk inn i dødshjelpsdebatten.

«Vi trenger åpne, tydelige diskusjoner om både prioritering og behandlingsbegrensning uten å blande disse ukritisk inn i dødshjelpsdebatten»

Vi trenger åpen dialog fremfor polarisert debatt om dødshjelp. Dialog handler om å utforske og forstå hverandres perspektiver, mens debatt handler om å overbevise eller vinne en diskusjon. Flere har foreslått en nasjonal utredning om dødshjelp for å sikre åpenhet, medvirkning og tillitsskapende prosess (6, 7). Helseminister Vestre sa i sitt framlegg av prioriteringsmeldingen at prioritering handler om så viktige verdispørsmål

at det ikke egner seg for valgkamp, det handler mer om å finne ut av det sammen (8). Dersom dødshjelp skulle bli et tema under årets valgkamp: Er det mulig å håpe på dialog heller enn debatt?

REFERENCES

1. Magelssen M, Bringedal BH, Rø KI et al. Holdninger til dødshjelp blant leger i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0053. [CrossRef]
2. 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]
3. Lynøe N, Lindblad A, Engström I et al. Trends in Swedish physicians' attitudes towards physician-assisted suicide: a cross-sectional study. BMC Med Ethics 2021; 22: 86. [PubMed][CrossRef]
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2019.
5. Schaufel MA, Førde R, Sigurdardottir KR et al. Lungelegar sine erfaringar med lindrande sedering i livets slutfase. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0778. [PubMed][CrossRef]
6. Koch S. Er livet et uavhengelig gode? Tidsskr Rettsvitenskap 2024; 137: 308–81. [CrossRef]
7. Nylander G, Blomkvist AW, Schei E et al. Assistert dødshjelp angår Legeforeningen. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0195. [PubMed][CrossRef]
8. Dagens medisin. DM Arena Prioriteringsmeldingen opptak 2025. <https://www.dagensmedisin.no/dmarena/dm-arena-prioriteringsmeldingen-opptak/670375> Lest 29.4.2025.

Publisert: 13. mai 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0300
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.