



Legers holdninger til aktiv dødshjelp

ORIGINALARTIKKEL

OLE MARIUS GAASØ

E-post: o.m.gaaso@studmed.uio.no

Senter for medisinsk etikk

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med analyse og fortolkning av data, har skrevet førsteutkast til artikkelen og har godkjent innsendte manusversjon.

Ole Marius Gaasø er medisinstudent.

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

KARIN ISAKSSON RØ

Legeforskningsinstituttet

Hun har bidratt med utforming av spørreskjemaet, datainnsamling og -tolkning, manusrevisjon og har godkjent innsendte manusversjon.

Karin Isaksson Rø er lege, ph.d., har mastergrad innen helseadministrasjon og er instituttleder.

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

BERIT BRINGEDAL

Legeforskningsinstituttet

Hun har bidratt med utforming av spørreskjemaet, datainnsamling og -tolkning, manusrevisjon og har godkjent innsendte manusversjon.

Berit Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker.

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

MORTEN MAGELSSSEN

Senter for medisinsk etikk

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med utforming av spørreskjemaet, analyse og fortolkning av data, manusrevisjon og har godkjent innsendte manusversjon.

Morten Magelssen er ph.d. i medisinsk etikk og forsker.

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

BAKGRUNN

Aktiv dødshjelp er ulovlig i Norge, men et flertall av befolkningen støtter legalisering.

Legers holdninger til aktiv dødshjelp ble sist undersøkt i 1993. Har legers holdninger endret seg?

MATERIALE OG METODE

To spørreundersøkelser sendt til Legeforskningsinstituttets legepanel i henholdsvis 2014 og 2016 inneholdt spørsmål om aktiv dødshjelp. Svarene ble analysert med deskriptiv statistikk og logistisk regresjonsanalyse.

RESULTATER

Svarprosenten var henholdsvis 75,0 (2014) og 73,1 (2016). Majoriteten var motstandere av legalisering av aktiv dødshjelp. I 2016-undersøkelsen sa 9,1 % av respondentene seg «svært enig» og 21,5 % «litt enig» i at legeassistert selvmord bør tillates for personer som har «en dødelig sykdom med kort forventet levetid». Yngre og ikke-religiøse var oftere positive til legalisering. I 2014-undersøkelsen svarte 8,6 % at de ville ha vært villige til å utføre legeassistert selvmord hvis dette ble tillatt.

FORTOLKNING

Som i 1993 var et flertall av norske leger imot aktiv dødshjelp, men det synes å være flere enn før som støttet legalisering i visse tilfeller. De færreste var selv villige til å utføre aktiv dødshjelp hvis det ble tillatt.

Aktiv dødshjelp er ulovlig i Norge, men spørreundersøkelser indikerer at et flertall av befolkningen er positive til legalisering (1). Like fullt har legalisering foreløpig ikke kommet på den politiske agendaen. En årsak til dette kan være at helseprofesjonenes tradisjonelle motstand mot aktiv dødshjelp er et viktig premiss i debatten: Både Den norske legeforening og Norsk Sykepleierforbund er imot legalisering. Tidligere undersøkelser har indikert at leger og medisinstudenter stiller seg klart mer negative til legalisering enn befolkningen for øvrig (2, 3). Samtidig tyder forskning på at det er ytterst få tilfeller av illegal dødshjelp her i landet (3, 4).

Enkelte land og delstater har legalisert aktiv dødshjelp i ulike former. Både eutanasi og legeassistert selvmord er lovlig i Nederland, Luxembourg, Canada og Colombia. Eutanasi er tillatt i Belgia, legeassistert selvmord tillates i noen amerikanske delstater og Sveits åpner for assistert selvmord. Høsten 2017 vedtok den australske delstaten Victoria å legalisere eutanasi fra 2019 (5). Like fullt går ikke trenden internasjonalt entydig i retning av liberalisering: I flere jurisdiksjoner, blant annet England og Skottland, har lovforslag om legalisering blitt avvist etter omfattende debatt.

Legeprofesjonens holdning til aktiv dødshjelp ser flere steder ut til å ha hatt betydning for om aktiv dødshjelp blir tillatt. Den britiske legeforeningen er motstander av legalisering. I California stilte legeforeningen seg nøytral i spørsmålet om legeassistert selvmord i 2015, hvorpå delstaten innførte det året etter (6). I 2014 erstattet den kanadiske legeforeningen forbudet mot aktiv dødshjelp med en formulering om at leger skal kunne «følge sin egen samvittighet» i dette spørsmålet. To år senere ble aktiv dødshjelp legalisert (7, 8). Dermed er det også av politisk interesse å kartlegge norske legers holdninger til spørsmålet.

I denne artikkelen bruker vi «aktiv dødshjelp» som samlebetegnelse på «eutanasi» og «legeassistert selvmord», som defineres i tråd med European Association of Palliative Care's definisjoner: *Eutanasi* er en leges tilsiktede drap på en person ved å injisere dødbringende medikamenter, etter at personen frivillig har bedt om det. *Legeassistert selvmord* er en leges hjelp til selvmord, ved å skaffe til veie medikamenter som personen kan innta selv. Aktiv dødshjelp må skilles fra behandlingsbegrensning, som er å avslutte, eller ikke starte, potensielt livsforlengende behandling hos alvorlig syke og i livets siste fase (9).

I etiske debatter kan begrepsbruk være verdiladet og omstridt. Det gjelder ikke minst i dødshjelpsdebatten. Det er vist at begreper og beskrivelser som brukes i holdningsundersøkelser samt konteksten og rekkefølgen spørsmålene stilles i, kan ha innvirkning på svarene (1). I lys av dette har tidligere holdningsundersøkelser om temaet blitt kritisert for upresise definisjoner og ladede spørsmålsformuleringer (1, 2). Fra Medievaneundersøkelsen utført av Respons Analyse i 2015, ble det rapportert at 28 % av leger var for legalisering av aktiv dødshjelp (10). Der ble det riktignok kun stilt ett spørsmål, «aktiv dødshjelp» ble ikke introdusert eller definert, og det ble ikke angitt i hvilke situasjoner det skulle være tillatt. Også en tidligere studie om legers holdninger til aktiv

dødshjelp, utført i 1993 og publisert i 1997, har svakheter (3). Sentrale spørsmål og svar derfra oppsummeres i ramme 1.

Ramme 1 Undersøkelse fra 1993 om legers holdninger til aktiv dødshjelp (3)

«Livet nærmer seg slutten hos en pasient som har en smertefull og uhelbredelig sykdom. Pasienten ber legen om hjelp til å dø. Synes du legen bør ha adgang til å ende pasientens liv på en smertefri måte (voluntær eutanasi ved terminal tilstand)?» 17 % svarte ja, 65 % nei, 18 % vet ikke.

«En pasient har en uhelbredelig lidelse som medfører kroniske smerter, stort ubehag og sterkt begrenset mulighet for livsutfoldelse. Pasienten har et veloverveiet ønske om å få dø, og ber legen om hjelp til dette. Synes du legen bør ha adgang til å ende pasientens liv på en smertefri måte, selv om pasienten kunne ha flere år igjen å leve (voluntær eutanasi ved ikke-terminal lidelse)?» 4 % ja, 84 % nei, 12 % vet ikke.

Vi ønsket på ny å undersøke norske legers holdninger til aktiv dødshjelp, nå med mer presise og nøytrale begreper og spørsmålsformuleringer.

Materiale og metode

Våre analyser bygger på data fra Legeforskningsinstituttets (LEFO) spørreskjemaundersøkelser fra 2014 og 2016. Instituttet gjennomfører annethvert år en postal spørreundersøkelse blant et representativt panel av norske leger (Legepanelet), med spørsmål om legenes helse, arbeidsforhold og holdninger til ulike sider ved den profesjonelle virksomheten, herunder etiske problemstillinger. Utvalget representerer en ubalansert kohort, ved at deltagere som forlater panelet blir erstattet av yngre leger, samtidig som man hele tiden beholder utvalgets representativitet. Representativiteten er kontrollert med hensyn til kjønn, alder og spesialitet mot medlemsregisteret til Den norske legeforening, der over 95 % av norske leger er medlemmer.

Spørreskjemaet i 2016 hadde flere deler, og i delen «Etikk, politikk og religion» ble begrepene aktiv dødshjelp, eutanasi og legeassistert selvmord introdusert og definert i tråd med definisjonene angitt over, før respondentene ble bedt om å ta stilling til fire påstander om aktiv dødshjelp i ulike situasjoner. Svaralternativene var «svært enig», «litt enig», «verken enig eller uenig», «litt uenig» og «svært uenig» for hvert spørsmål. Respondentene hadde også oppgitt kjønn, alder, medisinsk fagområde og svart på spørsmålet «Hvilken betydning har din religiøse overbevisning for deg i din legegjerning?».

I den logistiske regresjonsanalysen undersøkte vi hvilke faktorer som predikerte holdninger til legalisering. Vi dikotomiserte svarene, slik at «enig» inkluderte både «svært» og «litt» enig og «uenig» inkluderte øvrige svaralternativer.

I 2014-undersøkelsen ble legene bedt om å ta stilling til hvorvidt de ville utført ulike handlinger som innebar mulige etiske dilemmaer. Spørsmålet som er aktuelt for vår undersøkelse, var hvorvidt respondenten ville utført legeassistert selvmord dersom dette skulle bli tillatt. Svaralternativene var «ja», «nei» og «vet ikke».

Deltagelse i undersøkelsene var frivillig og basert på informert samtykke. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har fritatt studien fra fremleggingsplikt.

STATISTIKK

Svarene ble analysert i IBM SPSS Statistics 25. Resultater presenteres deskriptivt med antall og prosent. Statistiske sammenhenger er undersøkt med logistisk regresjonsanalyse.

Resultater

I 2016 ble spørreskjemaet sendt til 2 196 personer, hvorav 1 605 svarte (svarprosent 73,1). 2014-undersøkelsen ble sendt til 1 545 personer, hvorav 1 158 svarte (svarprosent 75,0).

I 2016-undersøkelsen var 488 (30,7 %) enten litt eller svært enig i at «legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid» (tabell 1). Støtten til legalisering var lavere for eutanasi i tilsvarende situasjon og lavest for aktiv dødshjelp ved kronisk sykdom.

Tabell 1

Legenes holdninger til legalisering av aktiv dødshjelp (dvs. eutanasi og legeassistert selvmord) i ulike situasjoner. Undersøkelse i Legepanelet 2016. Antall (%).

Påstand	Svært enig, n (%)	Litt enig, n (%)	Verken enig eller uenig, n (%)	Litt uenig, n (%)	Svært uenig, n (%)	Sum n (%)
«Legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid»	145 (9,1)	343 (21,6)	169 (10,6)	181 (11,4)	753 (47,3)	1 591 (100)
«Eutanasi bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid»	126 (7,9)	273 (17,2)	178 (11,2)	195 (12,3)	817 (51,4)	1 589 (100)
«Aktiv dødshjelp bør tillates også for personer som har en uhelbredelig kronisk sykdom, men ikke er døende»	61 (3,8)	141 (8,9)	160 (10,1)	209 (13,1)	1021 (64,1)	1 592 (100)
«Det finnes tilfeller der det kan være riktig/moralsk forsvarlig av legen å utføre aktiv dødshjelp, selv om det er ulovlig»	100 (6,3)	309 (19,4)	186 (11,7)	201 (12,6)	795 (50,0)	1 591 (100)

Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse undersøkte vi betydningen av kjønn, alder, religiøsitet og spesialitet for hvordan leger stilte seg til legalisering av legeassistert selvmord ved dødelig sykdom med kort forventet levetid (tabell 2). I den justerte analysen kontrollert for kjønn, alder og spesialitet var det signifikant sammenheng mellom religiøs overbevisning og motstand mot å tillate legalisering av legeassistert selvmord sammenlignet med de som ikke hadde en slik overbevisning. Høyere alder var assosiert med større sannsynlighet for motstand mot legalisering. Sammenlignet med allmennmedisin var det signifikant større sannsynlighet for at leger i laboratoriefag og samfunnsmedisin ville tillate legalisering, kontrollert for andre forhold. Dette gjaldt ikke de andre spesialitetene.

Tabell 2

Oddsratio (OR) for betydningen av kjønn, alder, religiøsitet og spesialitet for om legene var svært eller litt enige i legalisering av legeassistert selvmord for personer med dødelig sykdom med kort forventet levetid (n = 1 499).

	Ujustert analyse			Justert analyse		
	OR	(95% KI)	P-verdi	OR	(95% KI)	P-verdi
Kjønn						
Menn	1			1		
Kvinner	1,05	0,84-1,31	0,65	0,78	0,61-1,00	0,05
Alder	0,98	0,97-0,98	< 0,001	0,97	0,97-0,98	< 0,001
Betydning av religiøsitet						
Lite betydning	1			1		
Stor/noe betydning	0,18	0,12-0,28	< 0,001	0,20	0,13-0,30	< 0,001
Spesialitet						
Allmenntilleggsmedisin	1			1		
Indremedisin	1,18	0,87-1,60	0,29	1,11	0,81-1,52	0,53
Kirurgi	1,32	0,95-1,84	0,10	1,28	0,91-1,80	0,16
Psykiatri	1,07	0,72-1,59	0,74	1,24	0,82-1,88	0,31
Laboratoriefag/ samfunnsmedisin/Annet	1,56	1,07-2,25	0,02	1,55	1,05-2,27	0,03

Vi har også gjort logistiske regresjonsanalyser for å undersøke betydningen av de samme faktorene for øvrige spørsmål. For ønsket om *ikke* å «tillate eutanasi for personer med dødelig sykdom og kort forventet levetid» var sammenhengen signifikant for kvinner (0,66, 95 % KI 0,51-0,86), eldre (0,97, 0,96-0,98) og de med religiøs overbevisning (0,24, 0,15-0,37). På samme vis ble det vist signifikant sammenheng mellom at man *ikke* ønsket at «aktiv dødshjelp bør tillates også for personer som har en uhelbredelig kronisk sykdom, men ikke er døende» og det å være kvinne (0,61; 0,43-0,84), eldre (0,97; 0,95-0,98) og ha religiøs overbevisning (0,28; 0,15-0,52).

Vi ba respondentene ta stilling til følgende påstand: «Det finnes tilfeller der det kan være riktig/moralsk forsvarlig av legen å utføre aktiv dødshjelp, selv om det er ulovlig». 409 (25,7 %) var svært eller litt enige, mens 996 (62,6 %) var svært eller litt uenige (tabell 1). Av de 931 respondentene som var uenige i at legeassistert selvmord burde tillates, svarte 112 (12,0 %) at det like fullt kunne være riktig/moralsk forsvarlig å utføre aktiv dødshjelp selv om det er ulovlig.

Dersom aktiv dødshjelp skulle bli tillatt, ville leger da være villige til å utføre dette? I 2014-undersøkelsen ble de spurt om de ville ha utført legeassistert selvmord hvis dette ble tillatt. Bare 96 leger (8,6 %) svarte «ja», mens 757 (68,2 %) svarte «nei» og 257 (23,2 %) svarte «vet ikke».

Diskusjon

Selv om flertallet av legene var imot å tillate aktiv dødshjelp, er det verdt å merke seg at så mange som 30,7 % av legene sa seg litt eller svært enig i at aktiv dødshjelp burde vært tillatt ved dødelig sykdom med kort forventet levetid. Dette er en like stor andel (31 %) som blant femte og sjette års medisinstudenter da de i 2012 fikk samme spørsmål (2). Ved kronisk sykdom var betydelig flere av legene (12,7 %) positive til aktiv dødshjelp enn det medisinstudentene var (5 %). Medisinstudentene ble riktignok ikke gitt anledning til å kunne nyansere om de var svært eller litt enig i påstanden.

Vår undersøkelse åpnet for at respondentene kunne nyansere, men dermed oppstår det også et rom for fortolkning: Hva betyr det å være «litt enig» eller «litt uenig» i at aktiv dødshjelp burde ha vært tillatt? Ville alle disse respondentene svart henholdsvis «enig» eller «uenig» hvis dette var svaralternativene? I analysene har vi antatt at respondentene henholdsvis støttet og avviste legalisering, men det er rimelig å anta at den konkrete utformingen av en dødshjelpslov ville ha betydning for disse legenes holdning. Trolig vil disse legene være mer påvirkelige av argumenter for eller imot legalisering enn respondentene som valgte de ekstreme svaralternativene. I dette perspektivet synes det som en stor andel av norske leger ikke hadde et fastlåst standpunkt, men potensielt kunne være villige til å endre syn i dødshjelpsspørsmålet.

Sammenligning med tidligere undersøkelser vanskeliggjøres av at definisjoner og spørsmålsformuleringer var ulike. Men i den grad undersøkelsen fra 1993 (ramme 1) hadde slagside, er vår tolkning at den gikk i retning av å påvirke respondentene til å være positive til legalisering. For oss virket avgrensning mellom aktiv dødshjelp og behandlingsbegrensning å være noe uklar, og dødshjelp ble stilt i et positivt lys med ladede ord som «hjelp til å dø», «veloverveiet» og «smertefri måte» (3). Siden flere støttet aktiv dødshjelp i 2016 enn i 1993 til tross for at formuleringene i 1993 kan ha påvirket respondentene til å svare positivt, mener vi det er grunn til å anta at det foreligger en reell holdningsendring blant legene.

Legene er like fullt fortsatt betydelig mindre positive til legalisering enn den øvrige befolkningen. De tre første spørsmålene i tabell 1 ble også stilt til et utvalg av befolkningen i 2015 (1). Til påstanden «legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid» sa 37,5 % seg «svært enig», 35,6 % «litt enig», 7,3 % «verken enig eller uenig», 6,7 % «litt uenig» og 12,9 % «svært uenig». Også i påstanden om eutanasi ved dødelig sykdom var majoriteten (66,5 %) litt eller svært enig, mens 37,9 % var litt/svært enig i påstanden om aktiv dødshjelp for kronisk sykdom. Men merk at undersøkelsen hadde lav svarprosent.

Med påstanden «det finnes tilfeller der det kan være riktig/moralsk forsvarlig av legen å utføre aktiv dødshjelp, selv om det er ulovlig», ønsket vi å undersøke om leger som var imot legalisering, likevel ville mene at det forekommer situasjoner der en slik handling kunne være riktig. Mens en firedel av alle respondenter mente at aktiv dødshjelp noen ganger kan være riktig på tross av at det er ulovlig, ble dette synet også delt av 12 % av dem som er *mot* legalisering. På den annen side sier flertallet av respondentene at de ikke ville ha utført aktiv dødshjelp selv i en situasjon der dette var tillatt.

Disse funnene sier trolig noe både om hvordan legene oppfatter aktiv dødshjelp som et profesjonsetisk dilemma og om deres holdning til helselovgivningen. Selv om en handling er ulovlig og generelt vurderes som uetisk, kan det finnes ekstreme situasjoner der helsepersonellet vurderer at loven og den etiske normen har urimelige konsekvenser og at det er gode grunner til å handle på tvers av dem for å gjøre det som oppleves som riktig for den enkelte pasient. Leger står overfor dilemmaer som ikke bare skyldes verdikonflikter, men også rollekonflikter (11, 12). Legen har minst fire, potensielt motstridende, roller: som samfunnets portvokter med ansvar for at lover blir fulgt og ressurser fordelt rettferdig, som pasientens talsmann, som profesjonsutøver og som privatperson. Et lite mindretall leger kan i spesielle situasjoner være villige til å bryte loven eller nekte å gjennomføre lovpålagt praksis (11). En studie fra 2014 indikerte riktignok at svært få norske leger selv har utført aktiv dødshjelp og slik gått ut over lovens rammer (4).

Den foreliggende studiens styrke er at et representativt utvalg av norske leger har vært forespurt og at svarprosenten er god. Utfordringen er at selv om vi har tilstrebet presise definisjoner, åpner våre spørsmål og svaralternativer like fullt for fortolkning. For eksempel vet vi ikke hva respondentene la i «kort forventet levetid».

Konklusjon

Et flertall av norske leger var motstandere av aktiv dødshjelp, men undersøkelsen indikerer at andelen som støttet legalisering har økt siden 1993. Legers holdning til spørsmålet har blitt tillagt stor vekt i de politiske prosessene i noen jurisdiksjoner internasjonalt. Helseprofesjonenes motstand mot legalisering har trolig vært et tungtveiende argument for at politikere ikke har tatt opp spørsmålet her i Norge. Uten støtte fra sentrale helseprofesjoner og deres foreninger er det vanskelig å se for seg en innføring av aktiv dødshjelp.

Flertallet av norske leger var motstandere av aktiv dødshjelp, i motsetning til den generelle befolkningen

Et mindretall leger som var mot legalisering, mente at det fantes tilfeller der det kan være moralsk forsvarlig å utføre aktiv dødshjelp

Få leger var selv villige til å utføre aktiv dødshjelp

REFERANSER:

1. Magelssen M, Supphellen M, Nortvedt P et al. Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment. *BMC Med Ethics* 2016; 17: 24. [PubMed][CrossRef]
2. Nordstrand MA, Nordstrand SJ, Materstvedt LJ et al. Medisinstudenters holdninger til legalisering av eutanasi og legeassistert selvmord. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 2359 - 63. [PubMed][CrossRef]
3. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia—attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997; 45: 887 - 92. [PubMed][CrossRef]
4. Førde R, Aasland OG. Are end-of-life practices in Norway in line with ethics and law? *Acta Anaesthesiol Scand* 2014; 58: 1146 - 50. [PubMed][CrossRef]
5. Edwards J. Euthanasia: Victoria becomes the first Australian state to legalise voluntary assisted dying. *ABC News* 28.11.2017.
<https://www.abc.net.au/news/2017-11-29/euthanasia-passes-parliament-in-victoria/9205472> (1.2.2018).
6. Whitcomb D. California Medical Association drops opposition to doctor-assisted suicide. *Reuters* 21.5.2015.
<https://www.reuters.com/article/us-usa-assisted-suicide-california/california-medical-association-drop-s-opposition-to-doctor-assisted-suicide-idUSKBN052T120150520> (1.2.2018).
7. Government of Canada. An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying).
https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2016_3/FullText.html (26.12.2017).
8. Picard A. Canadian Medical Association softens stand on assisted suicide. *The Globe and Mail* 19.8.2014.
<https://www.theglobeandmail.com/news/national/canadian-medical-association-softens-stance-on-assisted-suicide/article20129000/> (26.12.2017).
9. Materstvedt LJ, Førde R. Fra aktiv og passiv dødshjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 2138 - 40. [PubMed][CrossRef]
10. Medievaner og holdninger. Undersøkelse blant medlemmer i Den norske legeforening 9. februar–6. mars 2015. Bergen: Respons analyse, 2015.
11. Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M et al. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics* 2018; 44: 239 - 43. [PubMed]
12. Gielen J, Van Den Branden S, Broeckaert B. Attitudes of European physicians toward euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the recent literature. *J Palliat Care* 2008; 24: 173 - 84. [PubMed]

Publisert: 14. januar 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0391

Mottatt 2.5.2018, første revisjon innsendt 28.8.2018, godkjent 17.10.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2019. Lastet ned fra www.tidsskriftet.no