
Studenters holdninger til aktiv dødshjelp, assistert suicid og foreslått lovendring

AKTUELT PROBLEM

PER SCHIOLDBORG

Email: per.schioldborg@psykologi.uio.no

Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Postboks 1094 Blindern

0317 Oslo

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at et flertall støtter aktiv dødshjelp ved terminal sykdom, mens det blant leger bare er et mindretall som gjør det.

Holdninger til aktiv dødshjelp og assistert suicid samt forslag til endring av straffeloven § 235 (til straffrihet ved barmhjertighetsdrap) og forslag til opphevelse av § 236 (medvirkning til selvmord) ble undersøkt blant medisins-, jus- og psykologistudenter ved Universitetet i Oslo (N = 520, svarprosent 59). Utgangspunktet i spørreskjemaet var en pasient som led av en smertefull, uhelbredelig og dødelig eller ikke-dødelig sykdom, og som bad om hjelp til å dø.

Resultatene viste at 61 % av jusstudentene, 59 % av psykologistudentene og 24 % av medisinstudentene støttet aktiv dødshjelp ved terminal sykdom, mens henholdsvis 69 %, 64 % og 35 % gjorde det ved assistert suicid. 72 % av jusstudentene støttet tilføyesforslaget til § 235, 57 % av psykologistudentene og 35 % av medisinstudentene. For opphevelsesforslaget av § 236 var de tilsvarende andeler 52 %, 46 % og 28 %. Blant studenter med et kristent livssyn støttet henholdsvis 30 % og 39 % aktiv dødshjelp og assistert suicid ved terminal sykdom, mens studenter med et annet eller uten et definert livssyn gjorde det i henholdsvis 57 % og 65 % av tilfellene. Det var ingen signifikant kjønnsforskjell. Sammenliknet med tilsvarende studentundersøkelse tre år tidligere viste resultatene signifikant nedgang i støtte til aktiv dødshjelp på ti prosentpoeng blant medisins- og jusstudentene, men uendret for psykologistudentene.

Undersøkelsen viser stabile og differensierte holdninger til dødshjelp med signifikant større støtte til assistert suicid enn til aktiv dødshjelp ved både terminal og ikke-terminal sykdom på nærmere ti prosentpoeng. Dette

reflekterer sannsynligvis synet på pasientens medbestemmelsesrett i en avgjørende situasjon.

Spørsmålet om aktiv dødshjelp har i den senere tid vært omfattet med betydelig interesse. Undersøkelser i den norske befolkning viser et flertall for og at flere og flere har en positiv holdning til aktiv dødshjelp ved terminal sykdom. I 1988 var 56 % for at legen skulle kunne gi aktiv dødshjelp i terminalfasen til en pasient med en smertefull, uhelbredelig og dødelig sykdom (1), i 1998 og 1999 var 62 % for (2, 3). I den siste undersøkelsen var det også for første gang flertall (52 %) for aktiv dødshjelp ved ikke-terminal sykdom. Tvilergruppen i disse undersøkelsene utgjorde ca. 15 %. I sammenliknbare land viste befolkningsundersøkelser allerede i 1980-årene at et flertall støttet aktiv dødshjelp ved terminal sykdom, nærmere 70 % hadde et slikt syn (4).

Blant leger i Norge er det imidlertid bare en minoritet som støtter aktiv dødshjelp, i 1993 17 % (5), i 1998 15 % (6), og ved smerteklinikker (1998) kun 5 % (7). Her ønsket i tillegg bare 13 % en liberalisering av lovreglene.

I England (1994) var det derimot 47 % av legene som ville ha en legalisering av aktiv dødshjelp (8), og i Australia og Canada på samme tid ønsket majoriteten av legene dette (9, 10).

I en undersøkelse blant studenter ved Universitetet i Oslo støttet 71 % av jusstudentene, 62 % av psykologistudentene og 36 % av medisinstudentene aktiv dødshjelp ved terminal sykdom. Ved ikke-terminal sykdom var de tilsvarende frekvenser henholdsvis 45 %, 29 % og 11 %. Blant studenter med et kristent livssyn støttet 38 % aktiv dødshjelp ved terminal sykdom, blant studenter med et ikke-kristent livssyn 70 % (11).

I den foreliggende undersøkelsen ble holdninger til så vel aktiv dødshjelp som assistert suicid i tilsvarende studentgrupper kartlagt for terminalt som for ikke-terminalt sykdomstilfelle, samt også for synet på foreslåtte endringer av straffeloven §§ 235 (barmhjertighetsdrap) og 236 (medvirkning til selvmord). Det ble videre undersøkt om holdningene ble påvirket av hvorvidt legen (eller nær person, eller en selv) burde ha *adgang* til å utføre aktiv dødshjelp (legalisering) sammenliknet med at legen (eller nær person, eller en selv) burde ha *anledning* til å utføre dette (praktisering uten rett). I sistnevnte tilfelle praktiseres således straffrihet ved aktiv eutanasi i Nederland etter bestemte retningslinjer avtalt mellom legeförening og påtalemyndighet (4).

Holdningsstabilitet i synet på assistert suicid ble også undersøkt med og uten presisering av at assistert suicid, som er straffbart i Norge, ikke er det i land som Sverige, Tyskland, Frankrike og Belgia.

Materiale og metode

Undersøkelsen ble utført i månedsskiftet september/oktober 1999 blant et tilfeldig utvalg av medisinstudenter i 2. avdeling (n = 300), jusstudenter i profesjonsstudiet (n = 300) og psykologistudenter i 1. og 2. avdeling (n = 300) ved Universitetet i Oslo. Det ble ikke foretatt purring, og respondentene var anonyme.

Spørreskjemaet

Holdning . Spørsmålet vedrørende aktiv dødshjelp var samsvarende med spørsmålet i tidligere norske undersøkelser (1- 3) og lød for terminalt sykdomstilfelle: «En person har en smertefull, uheldig og dødelig sykdom. Livet nærmer seg slutten og han/hun har et veloverveid ønske om å dø, og ber om hjelp til dette. Hvor enig/uenig er du i at legen bør ha adgang til å avslutte denne personens liv på en smertefri måte (aktiv dødshjelp)?» Spørsmålet om assistert suicid for terminalt sykdomstilfelle lød: «Hvor enig/uenig er du i at legen bør ha adgang til å hjelpe personen slik at denne *selv* kan avslutte sitt liv på en smertefri måte (assistert suicid)?» Påfølgende spørsmål (terminalt tilfelle) lød: «Hvor enig/uenig er du i at en som står personen nær bør ha adgang til å avslutte dennes liv på en smertefri måte (aktiv dødshjelp)?» «Hvor enig/uenig er du i at en som står personen nær bør ha adgang til å hjelpe denne slik at personen *selv* kan avslutte sitt liv på en smertefri måte (assistert suicid)?» Svaralternativer på disse spørsmål var gitt ved en fempunktsskala (1 = helt enig, 2 = delvis enig, 3 = i tvil, 4 = delvis uenig, 5 = helt uenig).

Øvrige spørsmål lød: «Ville du selv kunne gi aktiv dødshjelp til en som sto deg nær?», og «Ville du selv kunne hjulpet en som sto deg nær slik at denne kunne avslutte sitt liv på egen hånd?». Svaralternativer her var ja/i tvil/nei.

Spørsmålet ved ikke-terminal sykdom lød: «En person har en uheldig, ikke-dødelig lidelse som, til tross for optimale hjelpetiltak, medfører store kroniske smerter, stort ubehag og sterkt begrenset mulighet for livsutfoldelse. Selv om personen kunne ha flere år igjen å leve, har han/hun et veloverveid ønske om å få dø og ber om hjelp til dette. Hvor enig/uenig er du i at legen bør ha adgang til å avslutte denne personens liv på en smertefri måte (aktiv dødshjelp)?» Påfølgende spørsmål var identiske med forannevnte. I alt var det således 12 spørsmål om dødshjelp.

Legalisering. I ovenstående spørsmål er termen *adgang* benyttet og handler om hvorvidt legen (eller nær person, eller en selv) bør ha rett til å utføre aktiv dødshjelp eller assistert suicid. Dermed vil respondenten ta stilling til legalisering av dette, slik spørsmålet var stilt i tidligere undersøkelser (1, 2). Dette forutsetter imidlertid lovendring, og for halvparten av utvalget ble derfor termen adgang erstattet med *anledning*, hvilket impliserer at respondenten ikke behøver å ta direkte stilling til legalisering, men om legen bør kunne praktisere dødshjelp uten en slik rett, slik spørsmålet ble stilt i en tidligere undersøkelse (11).

Lovendring. Følgende spørsmål ble stilt: «I forbindelse med aktiv dødshjelp lyder straffeloven § 235, 2. ledd slik: «Er nogen med eget Samtykke dræbt eller tilføret betydelig Skade paa Legeme eller Helbred, eller har nogen af Medlidenhet berøvet en haapløs syg Livet eller medvirket hertil, kan Straffen nedsettes under det ellers bestemte Lavmaal og til en mildere Straff.» Professorene Anders Bratholm, Johs. Andenæs og Finn Seyersted ved juridisk fakultet, Universitetet i Oslo, foreslo i 1992 (ikke behandlet i Stortinget) følgende tilføyelse: «Er handlingen foretatt for å imøtekomme en bestemt og veloverveid anmodning, kan straffen falle helt bort.» (Denne tilføyelsen åpner

ikke adgang til å erklære aktiv dødshjelp rettmessig, men gir domstolen adgang til å frita for straff.) Hvordan stiller du deg til dette forslaget?» Svaralternativer: Enig/i tvil/uenig.

Påfølgende spørsmål lød: «I forbindelse med assistert suicid lyder straffeloven § 236 slik: «Den som medvirker til at nogen berøver sig selv Livet eller tilfører sig betydelig Skade paa Legeme eller Helbred, straffes som for Medvirkning til Drab eller grov Legembeskadigelse øvet mod en samtykkende. Straff kommer ikke til Anvendelse, naar Døden eller betydelig Skade på Legeme eller Helbred ikke er intraadt.» (Dette betyr at assistert suicid ikke er straffbart hvis forsøket ikke lykkes.) Ovennevnte jusprofessorer har her foreslått at § 236 *oppheves*. Hvordan stiller du deg til dette forslaget?» Svaralternativer: Enig/i tvil/uenig.

(Professorene hadde også et subsidiært forslag vedrørende § 236, 1. ledd sålydende: «Den som *ved Oppfordring eller Tilskyndelse* medvirker til at nogen berøver seg Livet eller tilfører sig betydelig Skade paa Legeme eller Helbred straffes som for Medvirkning til Drab eller grov Legembeskadigelse øvet mod en samtykkende». (Dette ble ikke inntatt i spørreskjemaet, idet forundersøkelser viste at studentene i stor grad misforstod forslaget.)

Føring. For å teste om informantens holdning til forslaget om opphevelse av § 236 lot seg påvirke av en ledende saksopplysning, ble det for halvparten av utvalget, etter termen *oppheves*, presisert: «Assistert suicid vil da ikke være straffbart, og dermed være på linje med rettsstillingen i bl.a. Sverige, Tyskland, Frankrike og Belgia.» For den andre halvparten forelå ingen slik presisering.

Livssyn. Spørsmålene her lød: «Har du et definert livssyn?» Ja/nei. «Hvis ja, hvilket?» og «I hvor stor grad identifiserer du deg med dette livssynet?» (sjupunktsskala: 1 = i liten grad, 7 = i stor grad).

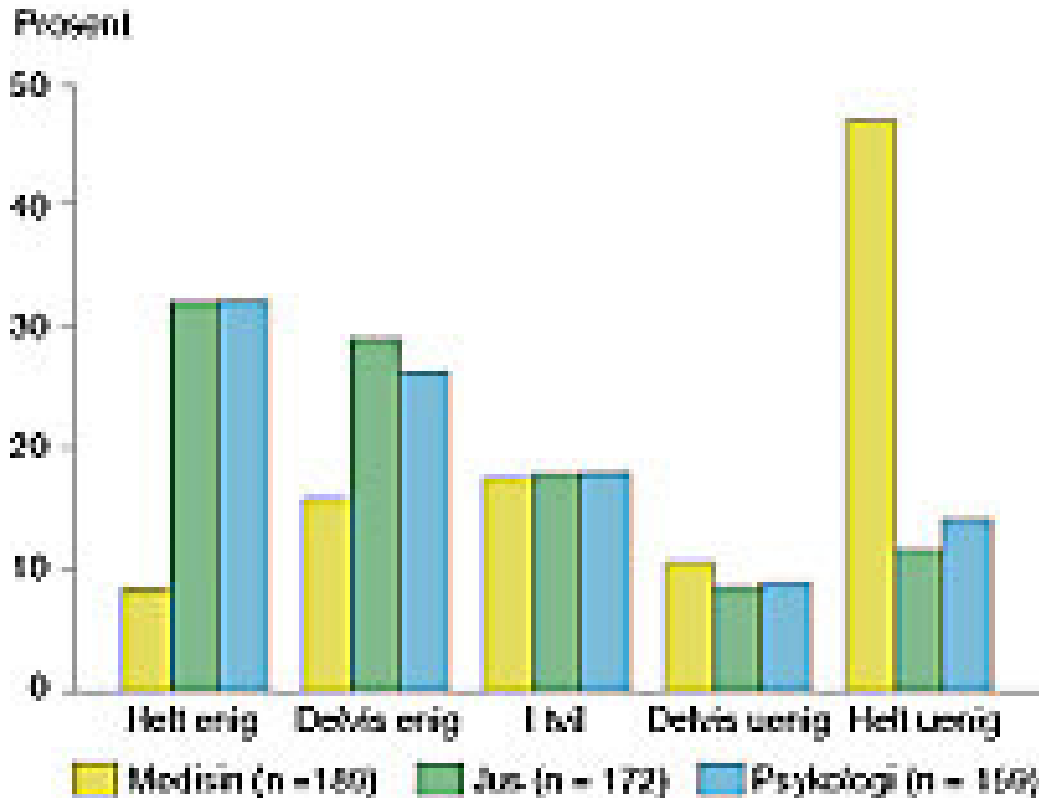
Statistisk analyse. SPSS ble benyttet som analyseprogram (versjon for Windows, 6.1.3). Proporsjonsforskjeller i holdningsspørsmålene mellom studentgrupper, legalisering, føring og livssyn ble signifikanstestet med khikvadrattest, mens forskjeller mellom kontinuerlige variabler ble signifikanstestet ved t-test, multivariat variansanalyse og multippel regresjonsanalyse. Totalt ble undersøkelsen utført i en design av typen 3 (gruppe) · 2 (legalisering) · 2 (føring).

Resultater

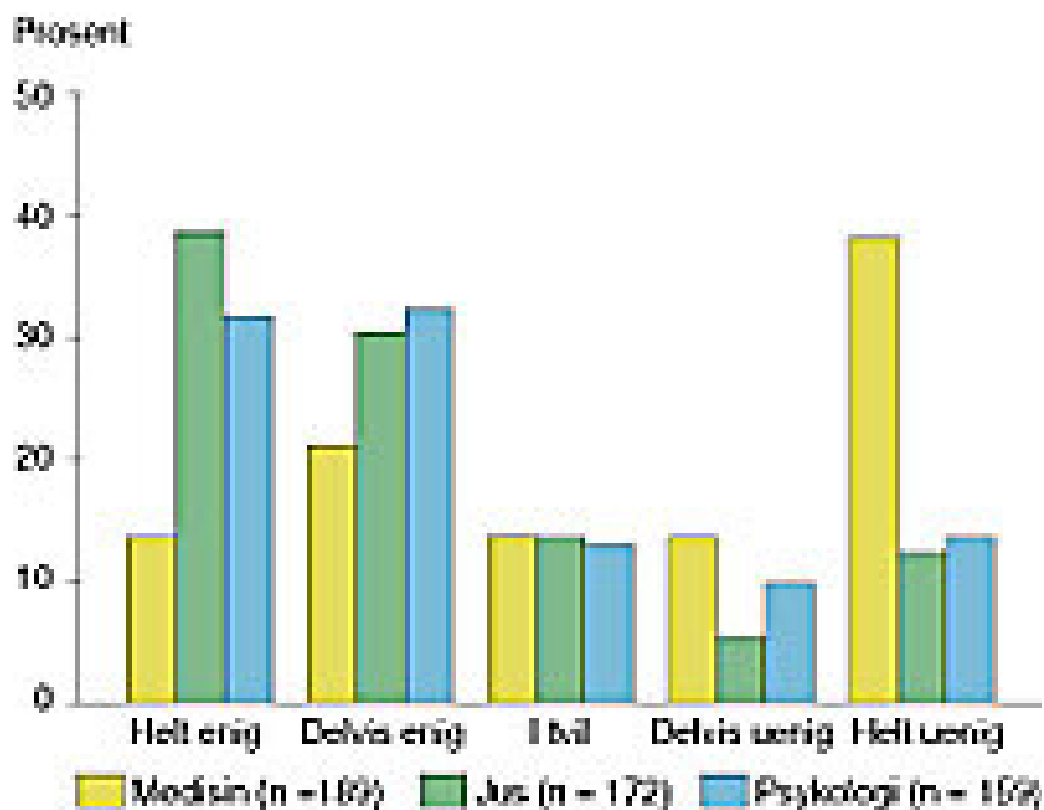
Antall svar, svarprosent, gjennomsnittsalder og kvinneandel av dem som svarte, samt kvinneandel i selve studiet, fordelt på fag, er presentert i tabell 1. Av 900 utsendte skjemaer ble 520 besvart og 12 returnert med «adresse ukjent», noe som gir en svarprosent på 59. Forskjellen i svarprosent mellom de tre faggrupper var bare marginalt signifikant ($p < 0,10$), med medisinstudentene høyest (64 %). Det var ingen statistisk signifikant overrepresentasjon av kvinner i utvalget sett i relasjon til kvinneandelen i studiet.

Holdning

Svarfrekvens for holdninger til aktiv dødshjelp og assistert suicid utført av legen ved terminal sykdom er vist i figur 1 og 2. Resultatene viste under begge betingelser klart signifikante forskjeller mellom studentgruppene ($p < 0,001$). Slås kategoriene helt enig og delvis enig sammen og likeledes kategoriene delvis uenig og helt uenig, som vist i tabell 2, støttet henholdsvis 61 % og 59 % av jus- og psykologistudentene aktiv dødshjelp, mens bare 24 % av medisinstudentene gjorde det. For assistert suicid var de tilsvarende frekvenser henholdsvis 69 %, 64 % og 35 %, en økning på totalt åtte prosentpoeng ($p < 0,001$). Korrelasjonen mellom de to betingelser var høy ($r = 0,78$; $p < 0,001$).



Figur 1 Holdning til aktiv dødshjelp ved terminal sykdom blant medisin-, jus- og psykologistudenter ved Universitetet i Oslo



Figur 2 Holdning til assistert suicid ved terminal sykdom blant medisin-, jus- og psykologistudenter ved Universitetet i Oslo

Tabell 2

Holdninger blant medisin-, jus- og psykologistudenter til aktiv dødshjelp og assistert suicid utført av legen, nær person eller en selv ved terminal og ikke-terminal sykdom. Prosent

	Terminal sykdom			Ikke-terminal sykdom		
	Enig ¹	I tvil	Uenig ²	Enig ¹	I tvil	Uenig ²
<i>Aktiv dødshjelp, lege</i>						
Medisin	24	18	58	10	13	77
Jus	61	18	21	36	29	35
Psykologi	59	18	23	41	22	37
<i>Assistert suicid, lege</i>						
Medisin	35	14	51	17	15	68
Jus	69	14	17	52	20	28
Psykologi	64	13	23	47	15	38
<i>Aktiv dødshjelp, nær person</i>						
Medisin	7	11	82	3	7	90
Jus	21	26	53	19	18	63
Psykologi	24	28	48	18	21	61
<i>Assistert suicid, nær person</i>						

Medisin	13	19	68	6	15	79
Jus	36	20	44	30	19	51
Psykologi	39	21	40	29	17	54
<i>Aktiv dødshjelp, selv</i>						
Medisin	10	34	56	3	25	72
Jus	14	46	40	7	41	52
Psykologi	19	41	40	12	36	52
<i>Assistert suicid, selv</i>						
Medisin	16	39	45	7	29	64
Jus	28	41	31	11	52	37
Psykologi	28	43	29	20	42	38
¹ Helt + delvis enig ² Delvis + helt uenig						

For aktiv dødshjelp utført ved ikke-terminal sykdom var frekvensen av enige (helt pluss delvis enig) signifikant lavere, med henholdsvis 36 %, 41 % og 10 % blant jus-, psykologi- og medisinstudentene ($p < 0,001$), også her med signifikant gruppeforskjell ($p < 0,001$). For assistert suicid ved ikke-terminal sykdom var de tilsvarende frekvenser 52 %, 47 % og 17 %, en økning totalt på ti prosentpoeng ($p < 0,001$). Korrelasjonen mellom de to betingelsene var også her meget høy ($r = 0,83$; $p < 0,001$).

Holdninger til hvorvidt en som står den syke nær burde kunne gi aktiv dødshjelp eller utføre assistert suicid ved terminal sykdom, viste som resultat betydelig lavere frekvenser sammenliknet med holdninger til legeutført eutanasi. Totalt støttet 47 % av utvalget aktiv dødshjelp hvis legen utførte dette, mot bare 17 % hvis en som stod personen nær skulle gjøre dette ($p < 0,001$). For assistert suicid var de tilsvarende frekvenser totalt henholdsvis 55 % og 29 % ($p < 0,001$). Forholdet mellom studentgruppene for øvrig viste samme svarmønster som nevnt ovenfor. Korrelasjonen mellom de to betingelser var igjen høy ($r = 0,83$, $p < 0,001$).

Ved ikke-terminal sykdom viste resultatene ytterligere redusert enighet vedrørende eutanasi; totalt støttet 28 % aktiv dødshjelp hvis utført av lege, mot bare 13 % hvis utført av en nær person ($p < 0,001$). For assistert suicid var de tilsvarende frekvenser totalt henholdsvis 38 % og 21 % ($p < 0,001$). Korrelasjonen mellom betingelsene var 0,84, ($p < 0,001$).

Totalt oppgav 14 % av studentene at de *selv* ville kunne utføre aktiv dødshjelp overfor en nær person ved terminal sykdom, og 24 % at de ville kunne hjelpe en nær person til selv å ta sitt liv. I begge tilfellene utgjorde tvilergruppen 40 %, og forskjellen mellom studentgruppene ved begge betingelsene var signifikant ($p < 0,01$). Medisinstudentene var de mest restriktive, bare 10 % sa seg villig til å gi

aktiv dødshjelp, mot 19 % av psykologistudentene, og 16 % av medisinstudentene ville kunne medvirke til assistert suicid, mot 28 % av psykologistudentene, med jusstudentene i en midlere posisjon. Ved ikke-terminal sykdom svarte totalt bare 7 % av utvalget at de kunne utføre aktiv dødshjelp overfor en nær person, og bare 12 % at de var villige til å medvirke til assistert suicid. Også her var forskjellen mellom studentgruppene signifikant ($p < 0,001$), med medisinstudentene som de mest restriktive (3 % ved aktiv dødshjelp og 7 % ved assistert suicid, mot henholdsvis 12 % og 20 % av psykologistudentene). Tvilergruppen utgjorde her totalt 38 %.

Ved samtlige 12 dødshjelpsbetingelser viste variansanalyse at det ikke forelå signifikante kjønnsforskjeller, og heller ikke for student-alder bortsett fra i ett tilfelle; ved medvirkning av en selv til assistert suicid ved ikke-terminal sykdom. Korrelasjonen var imidlertid lav, $-0,14$ ($p < 0,01$), og tendensen var at yngre studenter var mer liberale.

Legalisering

I spørsmålet om legen (eller nær person, eller en selv) bør ha *adgang* til å utføre aktiv dødshjelp eller assistert suicid (legalisering) eller ha *anledning* til dette (praktisering), viste resultatene ingen signifikant forskjell mellom de to betingelser for noen studentgruppe, verken ved terminal eller ikke-terminal sykdom. Det forelå heller ingen effekt på svarkategoriens ekstremalternativer (helt enig og helt uenig).

Vedrørende kjønnsforskjeller forelå det under betingelsen *anledning* ingen signifikant effekt i noen av de 12 dødshjelps-betingelsene. Under betingelsen *adgang* var det heller ingen signifikant effekt for aktiv dødshjelp eller assistert suicid utført av legen i terminalt tilfelle (hovedbetingelsene), ei heller hvis utført av nær person i både terminalt og ikke-terminalt tilfelle. For de gjenværende seks betingelser (i terminalt tilfelle hvor en selv ville kunne utføre aktiv dødshjelp eller assistere til suicid, tilsvarende også for ikke-terminalt tilfelle, samt i tilfellet hvor legen ved ikke-terminal sykdom burde kunne utføre aktiv dødshjelp eller assistere til suicid) viste kvinnelige studenter seg signifikant oftere å være i tvil sammenliknet med mannlige studenter. Totalt var tvilsprosenten for kvinner gjennomsnittlig 43 %, for menn 25 % ($p < 0,01$).

Lovendring

Holdning til de foreslåtte lovendringer er vist i tabell 3. For den foreslåtte tilføyelse til § 235, 2. ledd (barmhjertighetsdrap) var nærmere tre firededeler av jusstudentene, over halvparten av psykologistudentene og en tredel av medisinstudentene enige ($p < 0,001$). Tvilergruppen utgjorde her totalt 27 %. For den foreslåtte opphevelse av § 236 (medvirkning til selvmord) var enighetsgraden signifikant lavere for alle studentgrupper ($p < 0,01$). Halvparten av jus- og psykologistudentene var her enige, mens bare en firedel av medisinstudentene var det ($p < 0,001$). Tvilergruppen utgjorde her totalt 37 %. Det forelå ingen signifikant kjønnsforskjell i synet på de to endringsforslag.

Tabell 3

Holdning til lovendring av § 235 (barmhjertighetsdrap) og opphevelse av § 236 (medvirkning til selvmord) blant medisin-, jus- og psykologistudenter. Prosent

	§ 235			§ 236		
	Enig	I tvil	Uenig	Enig	I tvil	Uenig
Medisin	35	33	32	28	40	32
Jus	72	18	10	52	34	14
Psykologi	57	30	13	46	37	17
Alle	54	27	19	42	37	21

Føring

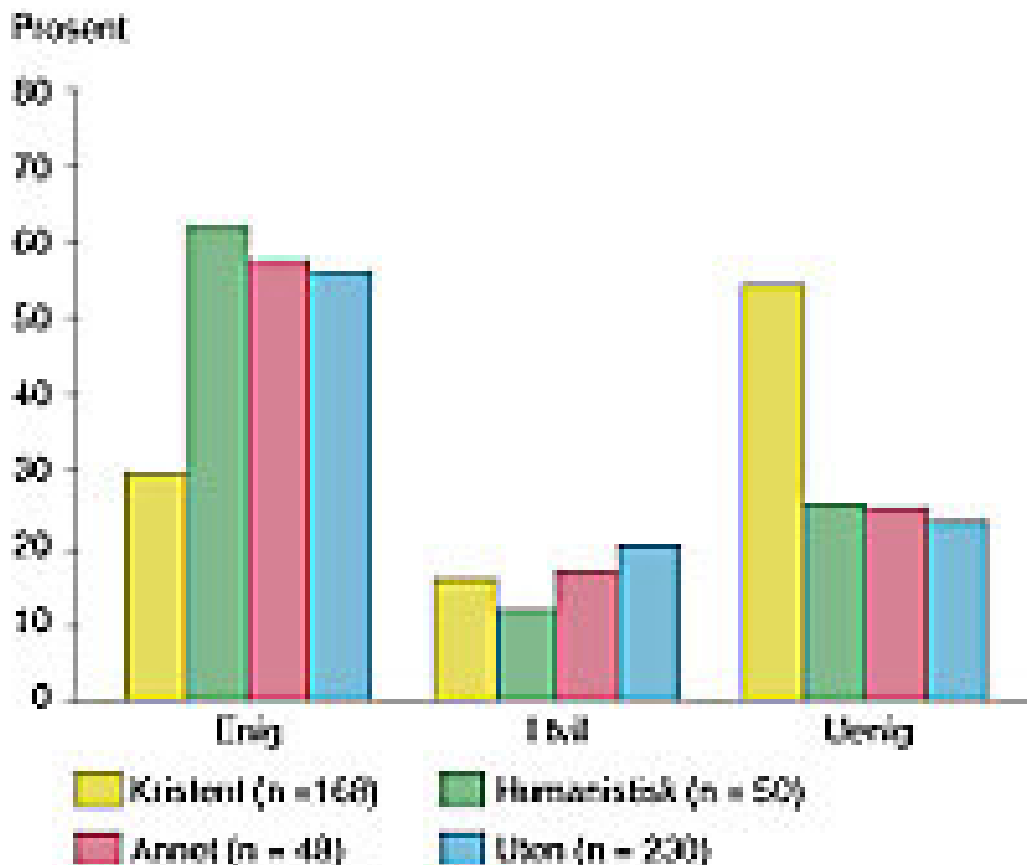
En presisering i forbindelse med forslaget til opphevelse av § 236 for halvparten av utvalget («Assistert suicid vil da ikke være straffbart, og dermed være på linje med rettstillingen i bl.a. Sverige, Tyskland, Frankrike og Belgia»), sammenliknet med ingen presisering, gav ingen signifikant effekt for noen studentgruppe, verken for forslaget til tilføyelse til § 235 eller for forslaget til opphevelse av § 236. Det forelå heller ingen effekt på svarkategoriene ekstremalternativer (helt enig eller helt uenig). For de øvrige 12 spørsmål vedrørende dødshjelpsformer forelå det ingen overført effekt av føring for noen studentgruppe, bortsett fra to mindre unntak blant jusstudentene. Her var frekvensen av enighet til så vel aktiv dødshjelp som assistert suicid ved terminal sykdom utført av legen signifikant større med føring enn uten føring, for aktiv dødshjelp henholdsvis 71 % mot 52 %, for assistert suicid henholdsvis 77 % mot 61 %, (begge $p < 0,001$).

Livssyn

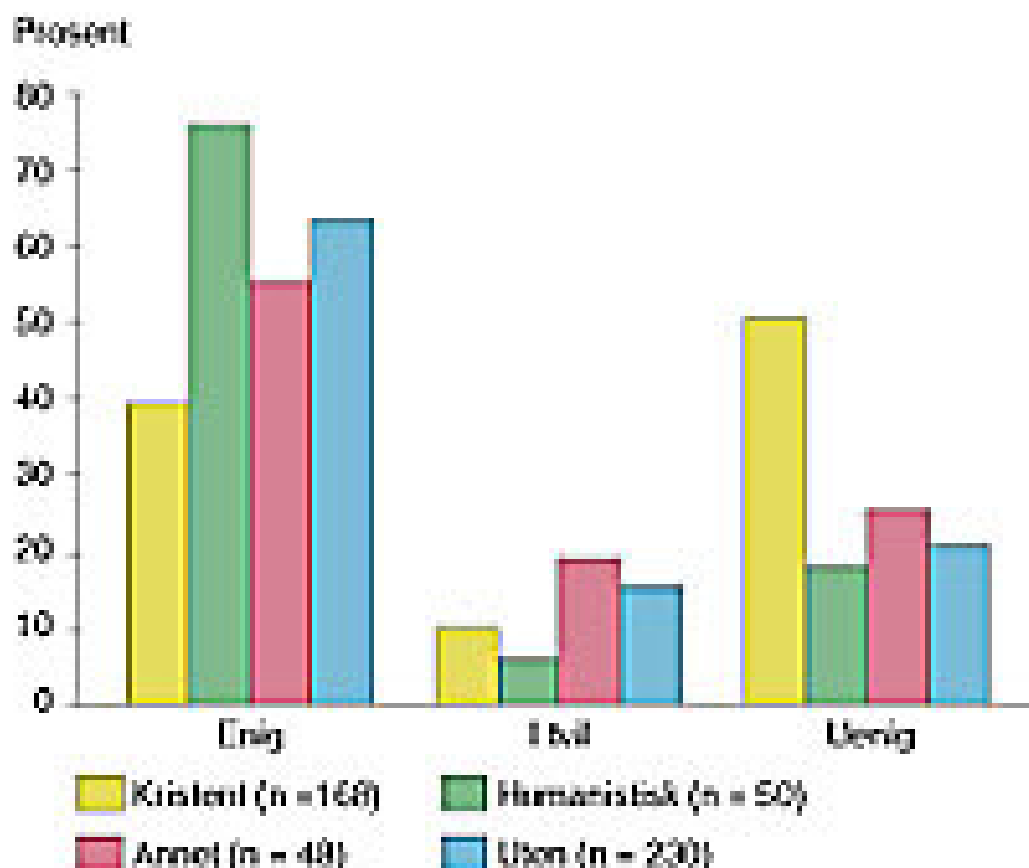
Fordeling av livssyn (kristent, humanistisk, annet eller uten definert livssyn) innen de tre studentgruppene varierte signifikant ($p < 0,001$). Høyeste andel kristne studenter hadde medisinstudentene (41 %), andelen var lavest blant psykologistudentene (26 %), med jusstudentene i en midlere posisjon (33 %). Det var her ingen signifikant kjønnsforskjell, og heller ingen kjønnsforskjell vedrørende identifiseringsgrad med det enkelte livssyn. «Sterkest i troen» var de med et annet livssyn, dernest de med et humanistisk livssyn, og så de kristne (henholdsvis 6,0 versus 5,3 versus 4,6 på sju-punktsskala, $p < 0,001$).

Som det fremgår av tabell 2 var enigheten til dødshjelp størst der hvor denne utføres av legen, både ved aktiv dødshjelp og ved assistert suicid. I figur 3 og 4 er vist holdninger til de to dødshjelpsformer ved terminal sykdom blant studenter med ulike livssyn. Mens 30 % av de kristne studentene støttet aktiv dødshjelp (fig 3), gjorde 62 % av dem med et humanistisk livssyn det, 58 % av dem med et annet livssyn og 56 % av dem uten et definert livssyn. For assistert suicid (fig 4) var de tilsvarende frekvenser 39 %, 76 %, 55 % og 64 %. Fordelt på studentgrupper ved legeutført dødshjelp ved terminal sykdom, som vist i tabell 4, var det således størst enighet blant ikke-kristne psykologistudenter, med 79 % for begge dødshjelpsformer, minst enighet blant kristne medisinstudenter, med henholdsvis 13 % og 24 % for aktiv dødshjelp og

assistert suicid. Mest liberale blant kristne studenter var jusstudentene, nærmere halvparten av disse støttet aktiv dødshjelp og assistert suicid. Under alle dødshjelpsbetingelser var kristne studenter de mest restriktive (alle $p < 0,001$), og gjennomgående var det bare halvparten så mange blant de kristne studentene som støttet dødshjelp ved terminal sykdom. Jo større grad av identifisering med et kristent livssyn, desto mer restriktiv var holdningen til legeutført aktiv dødshjelp og assistert suicid ved terminal sykdom (begge $r = 0,35$; $p < 0,001$). Tilsvarende også ved ikke-terminal sykdom (begge $r = 0,25$; $p < 0,001$). For øvrige livssyn var det ingen tilsvarende tendens.



Figur 3 Holdning til aktiv dødshjelp ved terminal sykdom blant studenter med kristent, humanistisk, annet eller uten definert livssyn. (Enig = helt + delvis enig, uenig = delvis + helt uenig)



Figur 4 Holdning til assistert suicid ved terminal sykdom blant studenter med kristent, humanistisk, annet eller uten definert livssyn. (Enig = helt + delvis enig, uenig = delvis + helt uenig)

Tabell 4

Holdninger til legeutført aktiv dødshjelp og assistert suicid ved terminal sykdom blant studenter med kristent, ikke-kristent (humanistisk + annet) livssyn eller uten definert livssyn. Prosent

	- Kristent livssyn - n = 168			- Ikke-kristent livssyn - n = 98			- Uten definert livssyn - n = 230		
	Enig ₁	I tvil	Uenig ₂	Enig	I tvil	Uenig	Enig ₁	I tvil	Uenig ₂
<i>Medisin</i>									
Aktiv dødshjelp	13	13	74	33	21	46	43	21	45
Assistert suicid	24	11	65	42	15	43	43	16	41
<i>Jus</i>									
Aktiv dødshjelp	47	18	35	62	19	19	70	18	12
Assistert suicid	58	11	31	76	19	5	76	12	12
<i>Psykologi</i>									
Aktiv dødshjelp	37	20	43	79	7	14	59	24	17

Assistert suicid	42	7	51	79	7	14	68	20	12
Alle									
Aktiv dødshjelp	30	16	54	60	14	26	56	20	24
Assistert suicid	39	10	51	66	12	22	64	16	20
¹ Helt + delvis enig ² Delvis + helt uenig									

I synet på lovendring viste resultatene samme mønster – færre kristne enn ikke-kristne studenter støttet forslagene, vedrørende § 235 henholdsvis 36 % mot 64 %, vedrørende § 236 henholdsvis 31 % mot 48 % (begge $p < 0,001$). (Tvilergruppene for de to forslag utgjorde totalt henholdsvis 26 % og 37 %.) Størst grad av enighet forelå således hos ikke-kristne jusstudenter, med 81 % for tilføyelsen til § 235 og 58 % for opphevelsen av § 236, mens lavest grad av enighet var blant kristne medisinstudenter, med henholdsvis 21 % og 24 %. Jo større grad av identifisering med et kristent livssyn, desto større var uenigheten med forslagene (§ 235: $r = 0,42$, § 236: $r = 0,35$; begge $p < 0,001$). For øvrige livssyn var det ingen tilsvarende tendens. Samsvaret i synet på de to forslagene var høyt i alle grupper (total $r = 0,60$; $p < 0,001$). Det forelå heller ikke her noen signifikant kjønnsforskjell.

Multivariat analyse

Variansanalyse av holdninger til de 12 dødshjelpsbetingelser viste signifikant effekt av studentgruppe og livssyn under alle betingelsene, men ingen effekt av legalisering (anledning versus adgang), føring eller kjønn. Multippel regresjonsanalyse viste i tillegg at forklart varians fra påvirkningsvariablene ved legeutført aktiv dødshjelp og assistert suicid ved terminal sykdom utgjorde henholdsvis 21 % og 18 %, ved ikke-terminal sykdom henholdsvis 19 % og 18 %. Ved de øvrige dødshjelpsbetingelser lå nivået lavere, for både terminale som ikke-terminale betingelser på gjennomsnittlig 8 %. Inkluderes identifiseringsgrad for gruppen med et definert livssyn, utgjør forklart varians for legeutført aktiv dødshjelp og assistert suicid ved terminal sykdom henholdsvis 28 % og 23 %, ved ikke-terminal sykdom henholdsvis 21 % og 19 %.

Diskusjon

En svarprosent på 59 uten purring må ansees som tilfredsstillende – som oftest ligger svarprosenten på spørreskjemaundersøkelser av tilsvarende format noe lavere blant studenter. Sammenliknet med studentundersøkelsen tre år tidligere (11) var svarprosenten der imidlertid signifikant høyere, 66, $p < 0,001$. Svarandelene blant medisin- og jusstudentene var tilnærmet uendret mens svarandelen for psykologistudentene nå var signifikant lavere (54 % mot tidligere 73 %, $p < 0,001$). Dette kan muligens reflektere den økte oppmerksomhet aktiv dødshjelp har fått i de senere år gjennom Sandsdalen-

saken, og den særlige betydning denne kan ha hatt for nettopp medisinerne og jurister. Svarandelen fra de kvinnelige studenter avvok ikke signifikant fra kvinneandelen i de tre studier (tab 1). Gjennomsnittsalder for både mannlige og kvinnelige studenter var 27 år.

Tabell 1

Medisin-, jus- og psykologistudenter ved Universitetet i Oslo som besvarte spørreskjema om holdninger til dødshjelp

	Antall (%)	Gjennomsnittlig alder (år)	Andel kvinner blant dem som svarte (%)	Andel kvinner i studiet (%)
Medisin	189 (64)	26,1	50	51
Jus	172 (58)	26,0	54	51
Psykologi	159 (54)	29,6	76	75
Totalt	520 (59)	27,1	59	55

Resultatene fra undersøkelsen viste flere klare trekk. For det første var medisinstudentene betydelig mer restriktive i sitt syn på dødshjelp enn både jus- og psykologistudenter. Dette er i samsvar med tidligere studentundersøkelser (11, 12), og reflekterer nok at dødshjelp forventes utført av legen som en del av yrkesrollen, noe som vil kunne påvirke medisinstudentene i restriktiv retning. De foreliggende resultater viser da også signifikant størst enighet med hensyn til dødshjelp utført av legen fremfor av nær person eller av en selv. I tillegg kommer Legeforeningens eksplisitte standpunkt mot aktiv dødshjelp, samt at flere av medisinstudentene enn jus- og psykologistudentene hadde et kristent livssyn. Vedrørende forholdet mellom terminal og ikke-terminal sykdom viste resultatene, i likhet med tidligere studentundersøkelser (11, 12), klart mindre støtte til dødshjelp i det siste tilfellet, totalt 48 % mot 29 % ($p < 0,001$). Dette kan indikere at ikke-terminal sykdom oppfattes med klart lengre gjenværende livslengde enn ved terminal sykdom (som også presisert i selve spørsmålsstillingen), noe som kan skape forestillinger om forbedret behandling ved gjennombrudd i løpende forskning eller endring i palliativ praksis.

For det annet viste undersøkelsen en signifikant mer liberal holdning i alle studentgruppene til assistert suicid enn til aktiv dødshjelp ved både terminal og ikke-terminal sykdom. Forskjellen var nærmere ti prosentpoeng. Dette indikerer at enigheten er størst om at pasienten *selv* står nærmest utførelsen av egen død, men da primært med legens hjelp fremfor andres. Sannsynligvis reflekterer dette et syn på pasientens medbestemmelsesrett i en slik avgjørende situasjon. Relevant her er holdningen til selvbestemt abort hvor befolknings- og legekårsundersøkelser i 1995 faktisk viste en større majoritet blant leger enn i befolkningen i aksept av selvbestemt abort (13).

For det tredje viste det seg at jus- og medisinstudentene var mer restriktive i sine holdninger sammenliknet med den tidligere studentundersøkelsen fra 1996 (11). Mens bare 24 % av medisinstudentene nå støttet aktiv dødshjelp ved terminal sykdom gjorde 36 % det i forrige undersøkelse ($p < 0,01$). For jusstudentene var de tilsvarende frekvenser 61 % mot tidligere 71 % ($p < 0,05$). Blant psykologistudentene forelå det imidlertid ingen signifikant endring. For ikke-terminalt tilfelle var det ingen reduksjon i noen studentgruppe, og nedgangen for terminalt tilfelle kan derfor bli noe vanskelig å forstå. Som nevnt kan denne være knyttet til Sandsdalen-saken, med dom i byretten og både frifinnelse og dom i lagmannsretten med påfølgende anke til Høyesterett da undersøkelsen fant sted. (Anken ble senere forkastet.) Dette kan ha skapt økt oppmerksomhet om temaet, og da særlig blant jus- og medisinstudentene. Likeledes meldingen om at en overlege ved et kjent sykehus var blitt anmeldt til politiet av en annen overlege for angivelig utført dødshjelp (Bærum-saken). Disse forhold burde imidlertid også ha kunnet påvirke holdningene til dødshjelp ved ikketerminal sykdom, hva som altså ikke har skjedd. Det forelå heller ingen signifikant forskjell i størrelsen på tvilergruppene i de to undersøkelser.

For det fjerde viste resultatene i synet på lovendring at det var signifikant større enighet til forslaget til tilføyelse til § 235 (barmhjertighetsdrap) sammenliknet med forslaget til opphevelse av § 236 (medvirkning til selvmord), totalt med 55 % mot 42 %. I begge tilfeller var majoriteten av jusstudenter for, mens psykologistudentene bare var det i forbindelse med forslaget til tilføyelse til § 235. Kun en tredel av medisinstudentene var for begge lovendringsforslag. For opphevelsesforslaget var også tvilsprosenten høy, totalt 37 %. Dette impliserer at forslaget sannsynligvis er for radikalt. Tilføyelsesforslaget, derimot, medfører ingen avkriminalisering av aktiv dødshjelp, men åpner for muligheten for domstolen til å kunne fritta for straff, slik dette praktiseres i Nederland (4). Konsekvensen av de foreliggende resultater synes derfor å være at assistert suicid heller ikke bør avkriminaliseres, men at § 236 i en noe endret form bør gis samme tilføyelse som for § 235. Dette kan også være tilfellet for spørsmålet om legen bør ha adgang (rett) eller anledning (praktisering) til å utføre dødshjelp, hvor kvinnelige studenter ved ikke-terminal sykdom var mer i tvil enn mannlige under den første betingelsen. Sannsynligvis reflekterer dette at kvinner i en slik sammenheng foretrekker praktisering med straffrihet, som i forslaget til tilføyelse til § 235, fremfor en mer radikal lovendring i retning av legalisering av aktiv dødshjelp.

Endelig indikerer resultatene at de påviste holdninger til dødshjelp er stabile (14). De ble således bare i meget liten grad påvirket av den eksperimentelle betingelsen *legalisering* vedrørende legens adgang versus anledning til utført dødshjelp, og likeledes bare i liten grad av betingelsen *føring* (presisering av assistert suicid som straffbart i Norge, men ikke andre land), og da bare for jusstudentene, som viste seg mer positive til legeutført dødshjelp med enn uten føring. En tilsvarende holdningsstabilitet ble også påvist i den forutgående undersøkelsen, hvor variasjon i *kontekst* (kristen, humanistisk eller ingen kontekst) eller fremhevelse av faglig *identitet* ikke påvirket synet på dødshjelp (11). Det forelå heller ingen effekt av de eksperimentelle betingelser på svarkategoriernes ekstremalternativer (helt enig og helt uenig) på noe spørsmål

i noen av undersøkelsene. Det var ingen signifikant interaksjonseffekt mellom livssyn og studentgruppe, noe som indikerer at livssyn slår ut med lik styrke i de tre gruppene. Samlet viser dette stabile og differensierte holdninger til dødshjelp.

Jeg takker Kari Vigeland og Egil Nygaard for nyttige kommentarer til manuskriptet.

Spørsmålet om dødshjelp er etisk sett meget komplisert. Distinksjonen går mellom aktiv og passiv dødshjelp, mellom «å drepe og å la dø» (15). Folk flest oppfatter aktiv dødshjelp og assistert suicid som en siste hjelp ved en uhelbredelig og dødelig sykdom for å unngå psykisk lidelse (tap av verdighet, avhengighet av andre, angst, håpløshet) og fysisk utmattelse (smerte, sykkelighet, invaliditet). Undersøkelser viser da også at majoriteten av befolkningen er positiv til aktiv dødshjelp, mens bare minoriteten av helsepersonell er det (4, 11). I denne som i forrige studentundersøkelse er medisinstudentene klart mer liberale enn praktiserende norske leger (11). Grenseoppgangen mellom aktiv og passiv dødshjelp er kanskje spesielt problematisk i forhold til terminal sedering, som er akseptert praksis ved norske sykehus (16, 17). Dette er palliativ behandling hvor intensjonen er å lindre, ikke drepe, men hvor utfallet likevel er døden. Lagmannsretten, i sin domsslutning i Sandsdalen-saken, uttalte da også et eksplisitt ønske om at det må «være grunn for lovgiveren til å vurdere nærmere hvor grensen bør gå mellom det tillatte og det straffbare på dette området» (18). Straffelovens bestemmelser her ble vedtatt i 1902. Høyesterett, i sin domsslutning i Sandsdalen-saken, fastslår i forbindelse med legers smertebehandling av uhelbredelig syke og døende pasienter at «Dette gjelder for eksempel kreftpasienter med smerter som i livets slutfase ikke kan lindres på annen måte enn gjennom tilførsel av opiat og andre smertestillende medikamenter, der behandlingen etter omstendighetene kan medvirke til at pasientens liv f orkortet. Denne behandling har til formål å lindre smerte, ikke å avslutte livet» (19).

LITTERATUR

1. Vigeland K. Holdning til aktiv voluntær eutanasi. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 460 – 3.
2. Mitt Livstestament. Aktiv dødshjelp. Tabellrapport uke 5: Prosjektnr 80323. Oslo: Norsk Gallup Institutt, 1998.
3. KIFO – Stiftelsen kirkeforskning. Undersøkelse om religion 1998. Rapport nr. 115. Bergen: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, 1999.
4. Vigeland K. Assistert død – en etisk utfordring. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.

5. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia – attitudes and practice among Norwegian physicians. Soc Sci Med 1997; 45: 887 – 92.
 6. Haugen OA. Fortsatt nei til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3795 – 6.
 7. Meidell NK, Næss A-C. Eutanasi – erfaring fra norske smerteklinikker. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3790 – 4.
 8. Ward BJ, Tate PA. Attitudes among NHS doctors to request for euthanasia. BMJ 1994; 308: 1332 – 4.
 9. Baume P, O'Malley C. Euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners. Med J Aust 1994; 161: 137 – 44.
 10. Kinsella TD, Verhoef MJ. Alberta euthanasia survey: 1. Physicians' opinions about the morality and legalization of active euthanasia. CMAJ 1993; 148: 1921 – 6.
 11. Schioldborg P. Studenters holdninger til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2515 – 9.
 12. Vigeland K. Holdninger til voluntær, aktiv dødshjelp blant studenter. Nord Psykol 1991; 43: 1 – 16.
 13. Nielsen TH. Holdninger til abort og dødshjelp: fra dødssynder til akseptert moral. Samfunnsspeilet (SSB) 1999; 4: 62 – 8.
 14. Schumann H, Presser S. Questions and answers in attitude surveys. New York: Academic Press, 1981.
 15. Rasmussen K. Er det forskjell på å drepe og å la dø? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 422 – 4.
 16. Kaasa S. Terminal sedering. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2542 – 3.
 17. Materstvedt LJ, Kaasa S. Er terminal sedering aktiv dødshjelp? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1763 – 8.
 18. Borgarting lagmannsrett. Dom av 30.4.1999 i straffesak 98 – 0315 M/01 (Oslo lagsogn).
 19. Norges Høyesterett. Dom av 14.4.2000 i sak lnr. 25/2000, snr. 47/1999.
-

Publisert: 20. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. desember 2025.