
Holdninger til dødshjelp blant leger i Norge

ORIGINALARTIKKEL

Bakgrunn

Dødshjelp (eutanasi og assistert selvmord) er ulovlig i Norge. Norske legers syn på dødshjelp ble sist undersøkt i 2016. Vi har nå på ny undersøkt legers holdninger til dødshjelp.

Materiale og metode

Vi sendte ut en spørreundersøkelse til et utvalg yrkesaktive leger. Legene ble bedt om å ta stilling til seks påstander om legalisering av dødshjelp og tre påstander om vilje til å utføre eller bidra til dødshjelp samt om holdning til reservasjonsrett.

Resultater

Svarprosenten var 2 010/2 534 (79,3 %), og svarene fra 2 004 leger under 70 år ble inkludert. 723 (36,1 %) svarte at de var svært uenig i at «legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid». 232 (11,6 %) var svært enig i påstanden. Eldre respondenter var oftere avvisende til legalisering. 410 (20,5 %) var villige til å bidra til legeassistert selvmord, og 1 796 (89,6 %) ønsket reservasjonsrett i forbindelse med dødshjelp hvis dødshjelp skulle bli tillatt.

Fortolkning

En stor andel av legene i Norge er negative til å legalisere dødshjelp. Samtidig ser det ut til å være en bevegelse i retning av mindre motstand mot legalisering siden 2016.

Hovedfunn

En betydelig andel av leger i Norge, 36,1 %, avviser helt legalisering av dødshjelp, men denne andelen ser ut til å ha sunket siden 2016.

Leger i Norge ser ut til å være mer avvisende til legalisering enn kolleger i Sverige og Finland.

En stor majoritet av legene som svarte på undersøkelsen, 89,6 %, støttet reservasjonsrett hvis dødshjelp skulle bli tillatt.

Det er blitt vanlig å benevne *eutanasi* og *assistert selvmord* med samlebetegnelsen *dødshjelp* (1, 2). I denne studien defineres eutanasi som at en lege med hensikt forårsaker en persons død ved å injisere dødbringende medikamenter etter at personen frivillig har bedt om det. Legeassistert selvmord er en leges hjelp til selvmord ved å skrive resept på dødbringende medikamenter som personen kan innta selv. Dødshjelp må skilles fra *behandlingsbegrensning*, som er å avslutte eller ikke starte behandling hos en alvorlig syk pasient (2). Dødshjelp er ulovlig i Norge, men spørsmålet om legalisering blir diskutert i offentligheten (3, 4).

Nederland og Belgia legaliserte dødshjelp i 2002. Etter dette har mange europeiske land diskutert forslag om legalisering i de lovgivende forsamlingene. Spania og Østerrike har nylig vedtatt legalisering av dødshjelp, og England og Wales vedtok høsten 2024 å gå videre med et lovforslag om legeassistert selvmord. Andre, som Finland, har avvist forslag om legalisering (5, 6).

Våren 2025 diskuterte flere politiske partier legalisering av dødshjelp (7). Fremskrittspartiet har et prinsippvedtak om støtte til legalisering, mens Venstre har vedtatt støtte til en utredning. Tilsynelatende har støtten til legalisering av dødshjelp økt blant nordmenn (8), slik den også har i de fleste vesteuropeiske land (9).

Legers innstilling til dødshjelp er trolig et viktig premiss for den politiske debatten, siden leger gjerne er tiltenkt en sentral rolle i vurderingen og utførelsen av dødshjelp. Den norske legeforening avviser dødshjelp. I Etiske regler for leger vedtatt av Legeforeningens landsstyre heter det at «leger skal ikke utføre dødshjelp» (I, §5). I 2022 ba ni leger om at foreningen skulle innta et nøytralt standpunkt (10). Rådet for legeetikk utredet spørsmålet, og sentralstyret vedtok å ikke endre foreningens standpunkt.

Norske legers syn på dødshjelp ble sist undersøkt i 2016 (11). Da fant man at de fleste leger avviste legalisering. Minst avvisende var holdningen til legeassistert selvmord for personer som har «en dødelig sykdom med kort forventet levetid». Her var 47,3 % av respondentene svært uenig og 9,1 % svært enig i legalisering. For andre kliniske situasjoner var det langt færre som støttet legalisering. Flere yngre og ikke-religiøse leger oppga støtte til legalisering. Leger er klart mer avvisende til legalisering enn befolkningen ellers (12). I en undersøkelse

av sykepleieres holdninger fant man at disse plasserte seg mellom legene og befolkningen ellers (13). Denne undersøkelsen var riktignok ikke representativ for hele sykepleierpopulasjonen.

I norske holdningsundersøkelser om dødshjelp er det blitt vanlig å la respondentene nyansere sine svar på to måter, slik vi også gjør i vår undersøkelse. For det første kan de markere graden av støtte og motstand på en fempunkts skala fra «svært enig» til «svært uenig». For det andre kan de angi hvorvidt de støtter legalisering for et utvalg av kliniske situasjoner. Vi ønsket å undersøke legers holdninger til dødshjelp i dag og i hvilken grad disse kan ha endret seg fra 2016 til 2024.

Materiale og metode

Legepanelet består av et utvalg yrkesaktive medlemmer i Den norske legeforening, der 91–95 % av alle leger i Norge er medlem. Panelet får annethvert år tilsendt et spørreskjema om livs- og arbeidskår og holdninger til etiske problemstillinger. Det tilstrebes at utvalget er representativt for leger i Norge. Den aktuelle datainnsamlingen fant sted i mars–august 2024 (for spørreskjemaets introduksjonstekst med definisjoner og spørsmålene i fulltekst se appendiks 1).

Respondentene ble spurt om å ta stilling til seks påstander om holdninger til dødshjelp (svaralternativer var «svært uenig», «litt uenig», «verken enig eller uenig», «litt enig» og «svært enig») og svare på tre spørsmål om villighet til å bidra eller utføre dødshjelp og om reservasjonsrett for leger (svaralternativer var «ja», «nei» og «vet ikke»).

Det ble også spurt om kjønn, alder og stilling. Stilling ble kategorisert som ikke-klinisk stilling (I), klinisk stilling i sykehus (II), klinisk stilling i kommune (III) eller privatpraktiserende (IV).

Deltagelse i spørreundersøkelsen var frivillig og basert på informert samtykke. Det var gitt unntak fra krav om forskningsetisk godkjenning av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (0000–1870), og undersøkelsen var vurdert av personvernombudet ved Sikt.

Statistikk

Deskriptive data ble presentert som antall (n) og prosentandel (%) eller som gjennomsnitt med standardavvik (SD). Manglende data ble presentert som antall (n) og prosentandel (%). Sammenheng mellom kjønn, alder, stillingstype og det å være litt eller svært enig i påstander om støtte til legalisering ble analysert med logistisk regresjon. Analyser ble gjort med Stata SE18.5 og SPSS 29.

Resultater

2 010 av 2 534 (79,3 %) besvarte spørreskjemaet. Vi inkluderte respondenter under 70 år ($N = 2\,004$). Sammenlignet med yrkesaktive medlemmer under 70 år i Legeforeningen var det blant respondentene en høyere andel kvinner (60,4 % vs. 56,2 %) og en høyere gjennomsnittsalder (47,4 vs. 44,1 år) (tabell 1). Stillingsfordelingen tilsvarte den i Legeforeningens medlemsregister.

Tabell 1

Alders- og kjønnsfordeling for 2004 medlemmer i Legepanelet som besvarte undersøkelse om dødshjelp sammenstilt med yrkesaktive medlemmer < 70 år i Den norske legeforenings medlemsregister.

	Medlemmer i Legeforeningen ¹	Respondenter i Legepanelet
Andel kvinner n (%)	16 848 (56,2)	1 211 (60,4)
Alder (år), gjennomsnitt (SD)	44,1 (11,4)	47,4 (10,7)
Ikke-klinisk stilling/ikke oppgitt, n (%)	4 932 (16,4)	330 (16,4)
Klinisk stilling i sykehus, n (%)	17 009 (56,4)	1 096 (54,7)
Klinisk stilling i kommunen, n (%)	7 302 (24,2)	468 (23,4)
Privatpraktiserende (ikke allmennmedisin), n (%)	898 (3,0)	110 (5,5)

¹Antallet (n) varierer fra 29 926 til 32 412 for de ulike variablene pga. ulike undergrupper i medlemsregisteret.

Holdninger til legalisering av dødshjelp

723 av 2 004 (36,1 %) svarte at de var svært uenig i påstand 1 om legeassistert selvmord ved dødelig sykdom og kort forventet levetid, mens 232 (11,6 %) svarte at de var svært enig. Andelen som svarte svært uenig, var høyere for påstand 2 om eutanasi ved dødelig sykdom og kort forventet levetid (826; 41,2 %), påstand 3 om dødshjelp ved uhelbredelig kronisk sykdom (1 084; 54,1 %), påstand 4 om uhelbredelig psykisk sykdom (1 269; 64,3 %) og påstand 5 om livstretthet (1 565; 78,1 %) (tabell 2).

Tabell 2

Grad av enighet med seks påstander om legalisering av dødshjelp blant 2 004 leger som svarte på spørreundersøkelse om dødshjelp.

Påstand	Svært enig, <i>n</i> (%)	Litt enig, <i>n</i> (%)	Verken enig eller uenig, <i>n</i> (%)	Litt uenig, <i>n</i> (%)	Svært uenig, <i>n</i> (%)	Ubesvart, <i>n</i> (%)
1. Legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid	232 (11,6)	540 (26,9)	197 (9,8)	278 (13,9)	723 (36,1)	34 (1,7)
2. Eutanasi bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid	180 (9,0)	423 (21,1)	227 (11,3)	314 (15,7)	826 (41,2)	34 (1,7)
3. Dødshjelp (dvs. både legeassistert selvmord og eutanasi) bør tillates for personer som har en uhelbredelig kronisk sykdom, men ikke er døende	74 (3,7)	206 (10,3)	252 (12,6)	355 (17,7)	1 084 (54,1)	33 (1,6)
4. Dødshjelp begrunnet i uhelbredelig psykisk sykdom alene bør tillates	35 (1,7)	93 (4,6)	226 (11,3)	349 (17,4)	1 269 (63,3)	32 (1,6)
5. Dødshjelp bør tillates for personer som er livstrette og ønsker å dø, uten noen alvorlig sykdom	22 (1,1)	67 (3,3)	122 (6,1)	195 (9,7)	1 565 (78,1)	33 (1,6)
6. Jeg kan være åpen for at dødshjelp tillates i Norge dersom leger ikke har ansvaret for gjennomføringen	85 (4,2)	305 (15,2)	385 (19,2)	287 (14,3)	907 (45,3)	35 (1,7)

Betydning av kjønn, alder og stilling

Logistiske regresjonsanalyser av påstand 1 og 2 viste at yngre alder var assosiert med det å være litt eller svært enig, når dette ble kontrollert for kjønn og stilling (OR = 0,97, 95 % KI 0,96 til 0,98, $p < 0,001$).

For påstand 3 var yngre alder assosiert med det å være litt eller svært enig (OR = 0,97, 95 % KI 0,95 til 0,98, $p < 0,001$), mens kvinner hadde lavere odds enn menn for å være litt eller svært enig (OR = 0,76, 95 % KI 0,58 til 0,98, $p = 0,04$), når dette ble kontrollert for stilling. På samme måte var det signifikante assosiasjoner mellom det å være litt eller svært enig i påstand 4 og yngre alder (OR = 0,96, 95 % KI 0,94 til 0,98, $p < 0,001$) og lavere odds blant kvinner enn blant menn for å være enig (OR = 0,62, 95 % KI 0,43 til 0,90, $p = 0,01$), kontrollert for stilling.

Villighet til dødshjelp og holdning til reservasjonsrett

410 (20,5 %) svarte at de kunne være villige til å bidra til legeassistert selvmord (tabell 3). 236 (11,8 %) var villig til å utføre eutanasi. 1 796 (89,6 %) ønsket reservasjonsrett dersom dødshjelp ble legalisert. Her var det ingen forskjell mellom leger som var svært enig i legalisering av dødshjelp og øvrige leger.

Tabell 3

Svar om villighet til å bidra til eller utføre dødshjelp dersom dødshjelp blir legalisert, og om holdning til reservasjonsrett blant 2 004 leger som svarte på spørreundersøkelse om dødshjelp.

Påstand	Ja, <i>n</i> (%)				Nei, <i>n</i> (%)	Vet ikke, <i>n</i> (%)	Ubesvart, <i>n</i> (%)
	≤ 39 år	40– 59 år	≥ 60 år	Totalt ¹			
Hvis legeassistert selvmord blir tillatt, kan jeg være villig til å bidra til det (dvs. ved å skrive resept på dødbringende medikamenter som en pasient kan innta selv)	160 (27,8)	189 (18,0)	61 (17,7)	410 (20,5)	1 086 (54,2)	476 (23,8)	32 (1,6)
Hvis eutanasi blir tillatt, kan jeg være villig til å utføre det	99 (17,2)	111 (10,6)	26 (7,5)	236 (11,8)	1 377 (68,7)	360 (18,0)	31 (1,5)
Hvis dødshjelp blir tillatt, bør leger ha rett til <i>ikke</i> å utføre det (reservasjonsrett) ₂	517 (89,8)	965 (92,1)	312 (90,6)	1 796 (89,6)	77 (3,8)	98 (4,9)	33 (1,6)

¹ Ikke alle respondenter rapporterte alder. Dette fører til en forskjell i prosentandeler for de ulike aldersgruppene sammenlignet med «totalt».

² To av respondentene som svarte ja, oppga ikke alder.

Kvinner hadde lavere sannsynlighet for å være villig til å bidra til legeassistert selvmord (OR = 0,69, 95 % KI 0,55 til 0,86, $p = 0,001$), og økende alder var også assosiert med redusert vilje til dette (OR = 0,98,

95 % KI 0,97 til 0,99, $p < 0,001$), når det ble kontrollert for stilling. Det var tilsvarende assosiasjoner for villighet til å utføre eutanasi.

Diskusjon

Sammenstilt med en lignende spørreundersøkelse i 2016 indikerer resultatene fra spørreundersøkelsen i 2024 fortsatt motstand mot legalisering av dødshjelp blant leger i Norge. Det er heller ingen vesentlig endring i andelen leger som støtter legalisering. Imidlertid var andelene som svarte svært uenig i legalisering, lavere enn i 2016.

De tre første påstandene i spørreundersøkelsen inngikk også i spørreskjemaet som ble sendt til Legepanelet i 2016, og 837 av 2 004 leger (41,8 %) som svarte i 2024, svarte også i 2016. Svarfordelingen deres var den samme som for hele gruppen (data ikke vist).

Én måte å tolke resultatene fra spørreundersøkelsen på er at kun de som svarte svært enig eller svært uenig har et avklart og fast syn på spørsmålet om legalisering, mens de som har svart i en av tre mellomkategorier, er usikre og lettere kan påvirkes av offentlig ordskifte og argumenter eller av det konkrete innholdet i et eventuelt lovforslag. Med denne fortolkningen støtter 11,6 % av leger i Norge legalisering av dødshjelp i én eller annen form og situasjon, mens 36,1 % er klare motstandere. Det er flere i 2024 enn i 2016 som svarer i en av de tre mellomkategoriene «litt enig», «verken enig eller uenig» og «litt uenig». Det kan tyde på at flere enn tidligere er uten klart standpunkt til legalisering av dødshjelp. En annen fortolkning er å slå sammen «svært» og «litt» enig/uenig. Da er det for påstanden om legeassistert selvmord 38,5 % som uttrykker en grad av enighet i legalisering, mens 50,0 % uttrykker en grad av uenighet.

Respondentene fikk altså anledning til å vurdere seks ulike påstander og nyansere sine svar ved å angi grad av enighet. Som vist i tidligere undersøkelser har det betydning hvilken situasjon man ser for seg at dødshjelp skal være tillatt i (11). Det var klart mest støtte til dødshjelp ved dødelig sykdom. Det var også mer støtte til legeassistert selvmord, der personen selv står for den siste handlingen, enn til eutanasi, der legen utfører handlingen som forårsaker døden. Dette er et konsistent funn internasjonalt.

Mer restriktive enn svenske og finske leger

I en studie av svenske leger anga 47 % at de aksepterte legeassistert selvmord, mens 33 % ikke ville akseptere dette (14). Svaralternativene var «ja», «nei» og «usikker». I en studie av finske leger var 17 % helt enige i at legeassistert selvmord burde bli tillatt, mens 32 % var helt

uenige (15). Sammenligning på tvers av landene er imidlertid vanskelig fordi definisjonene og spørsmålsformuleringene er ulike (16). Men i begge landene har legers støtte til legalisering økt over tid.

Villighet til å utføre dødshjelp

Hvis dødshjelp blir tillatt, ville omtrent en femdel være villige til å bidra til legeassistert selvmord, mens 11,8 % ville være villige til å utføre eutanasi. I tillegg svarte mange «vet ikke». Legepanelet ble også i 2014 spurt om villighet til å utføre legeassistert selvmord hvis dette ble tillatt, og 8,6 % sa seg villige til det (11). Da stod spørsmålet riktignok i en annen sammenheng, nemlig sammen med en rekke andre potensielle etiske dilemmaer i medisinen. I undersøkelsen fant vi at et stort flertall støttet en reservasjonsrett for leger mot å bidra i dødshjelp. Det kan bety at legene mente at dødshjelpstemaet har et stort moralsk alvor. Heller ikke legene som støttet legalisering, mente at kolleger må forventes eller skal kunne presses til å delta. I en studie av befolkningens holdninger til medisinsketiske spørsmål var det 69 % som helt eller delvis støttet reservasjonsrett ved dødshjelp dersom dødshjelp ble tillatt (17). Hvis dødshjelp innføres som en pasientrettighet, blir det et spørsmål om hvorvidt, og hvordan, legers samvittighetsfrihet kan ivaretas.

Til sammenligning viste de svenske og finske studiene at det var henholdsvis 31 % og 13 % som var villige til å bidra til gjennomføring av legeassistert selvmord (14, 15).

Leger mer avvisende til legalisering

Leger ser ut til å være mer negative til legalisering enn sykepleiere, veterinærer og befolkningen ellers (11–13, 18). For legene er spørsmålet om legalisering av dødshjelp mer nært og aktuelt enn det er for andre. Leger har klinisk erfaring med alvorlig sykdom, livets siste fase og død. De kan ha erfart både at det er gode muligheter for å lindre og legge til rette for en god og verdig død og at pasienter lider i livets siste fase. Legenes tradisjonelle profesjonsetikk dreier seg om å helbrede, lindre, trøste og forebygge. Å ta liv, om enn for å unngå lidelse og etterkomme pasientens ønske, vil innebære en ny legerolle (19). Spørsmålet om dødshjelp er særlig viktig for leger fordi de ved legalisering forventes å være sentrale i å vurdere forespørsler, henvise og bidra i selve utførelsen.

Styrker og svakheter

Styrker ved studien var høy svarprosent og at tre av påstandene og svaralternativene var tilnærmet helt like i skjemaet i 2024 som i 2016. Dette muliggjør en vurdering av endringer i legers holdninger til dødshjelp. Utvalget var representativt med henblikk på stilling, men kjønns- og aldersmessig skjevt. Dermed kan andelen leger som støtter

legalisering av dødshjelp, ha blitt underestimert. Dette gjelder først og fremst de deskriptive svarene, mens det i regresjonsanalysene er kontrollert for alder og kjønn.

Konklusjon

Fortsatt er en stor andel av leger i Norge negative til å legalisere dødshjelp. Samtidig kan funnene tyde på en bevegelse i retning av større usikkerhet om legalisering siden 2016. Som i befolkningen for øvrig er leger i Norge i stor grad avvisende til dødshjelp ved kronisk sykdom, psykisk lidelse og livstretthet – tilstander som i økende grad motiverer dødshjelp i land der dette er tillatt (20).

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Materstvedt L. Dødshjelp – Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk. Bergen: Fagbokforlaget, 2022.
2. Magelssen M. Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 35–50.
3. Thune H. Dette er en alvorstung anmodning – fra sønnen vår, på vegne av mange andre. Aftenposten 13.10.2024. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/KMWBEG/henrik-thune-om-assistert-livsavslutning-dette-er-en-alvorstung-anmodning-fra-soennen-vaar-paa-vegne-av-mange-andre> Lest 8.4.2025.
4. Horn M, Lee A. Dødshjelpdebatt på faglige premisser. Aftenposten 28.10.2024. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/oVW3Ro/doedshjelp-diskusjonen-maa-bygge-paa-holdbare-faglige-premisser> Lest 8.4.2025.
5. Downar J, Close E, Young JE et al. Assisted dying: balancing safety with access. BMJ 2024; 387: q2382. [PubMed][CrossRef]
6. Mäki K. Dödshjälpsdebatten i Finland. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 75–102.
7. Rønning M, Nyhus H. Ny dødshjelp-debatt – flere partier kan snu: NRK 21.10.2024. https://www.nrk.no/norge/aktiv-dodshjelp-i-norge_-debatten-tar-ny-fart-etter-budskap-fra-sykesengen-1.17088265 Lest 4.4.2025.
8. Magelssen M. Holdninger til legalisering av dødshjelp. Suicidologi 2024; 29: 12–7. [CrossRef]

9. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N et al. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *Int J Public Health* 2014; 59: 143–56. [PubMed][CrossRef]
 10. Blomkvist AW, Zadig P, Schei E et al. Legeforeningen bør representere medlemmenes syn på dødshjelp. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0199. [CrossRef]
 11. Gaasø O, Rø K, Bringedal B et al. Legers holdninger til aktiv dødshjelp. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: 31–5.
 12. Aarseth S, Horn M, Magelssen M et al. Nordmenns holdninger til legalisering av dødshjelp. *Michael* 2023; 20: 23–32.
 13. Hol H, Vatne S, Orøy A et al. Norwegian Nurses' Attitudes Toward Assisted Dying: A Cross-Sectional Study. *Nursing (Auckl)* 2022; 12: 101–9. [CrossRef]
 14. 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]
 15. Piili RP, Hökkä M, Vänskä J et al. Facing a request for assisted death - views of Finnish physicians, a mixed method study. *BMC Med Ethics* 2024; 25: 50. [PubMed][CrossRef]
 16. 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]
 17. Barlaup AH, Landsverk ÅE, Myskja BK et al. Acceptable attitudes and the limits of tolerance: Understanding public attitudes to conscientious objection in healthcare. *Clin Ethics* 2019; 14: 115–21. [CrossRef]
 18. Dalum HS, Tyssen R, Moum T et al. Euthanasia of animals - association with veterinarians' suicidal thoughts and attitudes towards assisted dying in humans: a nationwide cross-sectional survey (the NORVET study). *BMC Psychiatry* 2024; 24: 2. [PubMed][CrossRef]
 19. Horn M. En leges nei til dødshjelp. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 175–92.
 20. Boer T. 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: 251–73.
-

Publisert: 28. april 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0053

Mottatt 23.1.2025, første revisjon innsendt 29.3.2025, godkjent 8.4.2025.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. mai 2025.