

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Dødshjelp

1/23



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 20 / 1 / 2023

Dødshjelp



Michael 2023; 20: 1–126



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.



Det norske medisinske selskab 2023
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2023

Innhold

<i>Leder</i> – En kunnskapsbasert debatt om dødshjelp <i>Erlend Hem</i>	7
<i>Originalartikkel</i> – Befolkningens kunnskaper og holdninger om beslutninger ved livets slutt <i>Svein Aarseth, Morten Andreas Horn, Jørgen Dahlberg,</i> <i>Morten Magelssen</i>	11
<i>Originalartikkel</i> – Nordmenns holdninger til legalisering av dødshjelp <i>Svein Aarseth, Morten Horn, Morten Magelssen, Magne Supphellen</i>	23
<i>Kronikk</i> – Dødshjelp – terminologi og forutsetninger <i>Morten Horn</i>	33
<i>Kronikk</i> – En fallitterklæring å legalisere dødshjelp <i>Marianne Klungland Bahus</i>	40
<i>Originalartikkel</i> – Det veneriske sykehus – det første kurative sykehus i Norge <i>Susann Holmberg</i>	47
<i>Kronikk</i> – Kva lærte me egentleg av pandemien? <i>Geir Sverre Braut</i>	64
<i>Fra redaktørene</i> – Tips oss om bøker <i>Erlend Hem</i>	75
<i>Bokanmeldelse</i> – Skolastisk om dødshjelp <i>Berit Horn Bringedal</i>	76
<i>Bokanmeldelse</i> – Nyttig bok for leger om læring og undervisning <i>Per Brodal</i>	79
<i>Bokanmeldelse</i> – Klassiker om miljø- og arbeidsmedisin <i>Britt G. Randem</i>	81

<i>Bokmelding – Tynt om psykisk helsevern</i> <i>Jeanette Bjørke</i>	83
<i>Bokanmeldelse – For mye medisin</i> <i>Mette Kalager</i>	85
<i>Bokanmeldelse – Med sans for det groteske</i> <i>Stein A. Evensen</i>	87
<i>Bokanmeldelse – Mye å lære av Vinmonopolet</i> <i>Magne Nylenna</i>	89
<i>Bokanmeldelse – Engasjerende bok om barns utvikling</i> <i>Anne-Stine Meltzer</i>	91
<i>Bokanmeldelse – Med datamaskinen som samtalepartner</i> <i>Erik Fosse</i>	93
<i>Bokanmeldelse – Stor tillit til det profesjonelle skjønn</i> <i>Berit Horn Bringedal</i>	95
<i>Bokanmeldelse – Da Wilhelm Reich og psykoanalysen kom til Norge</i> <i>Jørgen G. Bramness</i>	97
<i>Bokanmeldelse – Sykehus i krig</i> <i>Ole Kristian Grimnes</i>	100
<i>Bokanmeldelse – Universitetet i Bergen ser tilbake</i> <i>Øivind Larsen</i>	105
Det norske medisinske Selskab 2022 <i>Magne Nylenna</i>	110
<i>Referat – Jøder i sykehus i ly for arrestasjon – stor interesse for boklansering</i> <i>Øivind Larsen</i>	116
<i>Minneord – Ole Didrik Lærum</i> <i>Erlend Hem, Øivind Larsen, Magne Nylenna</i>	118
Intelligens «innafor boksen» <i>Øivind Larsen</i>	121
<i>Referat – Boklansering og helsespråksamtale</i> <i>Magne Nylenna</i>	123

En kunnskapsbasert debatt om dødshjelp

Michael 2023; 20: 7–10.

I dette nummeret av *Michael* setter vi søkelyset på dødshjelp (1–5). I mange land pågår diskusjoner om legalisering. Selv om det for tiden ikke er en slik politisk debatt i Norge, er vi avhengig av et kunnskapsbasert ordskifte om temaet også her (6–9).

Ordet eutanasi kommer fra gresk euthanasia, som betyr *lett* eller *god død* (10). Det er noe alle vil ønske seg når tiden er inne. Men en slik forklaring er misvisende. Eutanasi er definert som at *helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å injisere dødbringende medikamenter, på personens forespørsel* (3). Det er mange gode grunner til å ikke ønske seg en slik avslutning på livet.

Nåværende straffelov trådte i kraft i 2015. I § 275 står det at den som dreper en annen, straffes med fengsel i 8–21 år, men i § 276 framkommer at straffen kan nedsettes dersom den drepte har samtykket. Medvirkning til selvmord er forbudt etter § 277. Dette er en videreføring av den forrige straffelovens bestemmelser (11).

Dødshjelp er altså forbudt ved lov, og det samsvarer med at en slik handling *bryter med legerollen og legeetikken*. Dette er nedfelt blant annet i etiske regler for leger, der det i § 5 står: «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» (12).

Eutanasi motstandere er bekymret for en *utglidning* fra «retten til å dø» til «plikten til å dø for ikke å ligge andre til byrde». Mennesker som lider, skal hjelpes med god lindring, trøst og omsorg, ikke med å få bekreftet følelsen av verdiløshet ved at man tar livet av dem. De som argumenterer på denne måten, er engstelig for en relativisering av menneskeverdet. Det er ikke mulig å krenke et menneskes verdighet mer enn ved å tilby å drepe det. *Skråplanargumentet* er en frykt for at indikasjonene for eutanasi stadig vil utvides (11).

Eutanasilhengere har også legitime argumenter for sitt syn. For det første bør alle mennesker ha rett til å *bestemme over eget liv* og dermed også egen død. Ingen bør kunne tvinge et menneske til å leve dersom det selv ikke lenger finner livet verdt å leve. Rettsutviklingen med stor vektlegging av den personlige autonomi kan sies å gi støtte til dette synspunktet. Dessuten finnes en plikt til å *hindre lidelse*. Dersom noen har uutholdelig lidelse, bør det i barmhjertighetens navn være tillatt å gjøre slutt på lidelsen. Lidelse er uverdig, og det er kaldt og kynisk å la være å handle når man er i stand til det. I Norge må vi anta at eutanasi skjer i det skjulte. Et argument for legalisering og åpenhet er at det gir samfunnet *mulighet til å kontrollere virksomheten* og eventuelt korrigere forhold hvis det er nødvendig (11).

Eutanasi og selvmord

Eutanasidebatten blir ofte uoversiktlig og lite produktiv, blant annet fordi terminologien er omstridt. Det virker derfor som et framskritt når man nå bruker termen *dødshjelp* som samlebetegnelse for eutanasi og legeassistert selvmord (3), slik som på debattmøtet som Legeforskningsinstituttet og Det norske medisinske Selskab arrangerte i Legenes hus i Oslo 9.11.2022.

Selvmord er alltid ambivalent. Man vil både leve og dø. Det er trolig en viktig grunn til at så mange trekker andre inn i beslutningen. Derfor er det avgjørende at man som hjelper, er tydelig på at man vil støtte livssiden. Ellers er det risiko for å oppmuntre til selvmord: «Jeg forstår godt at du vil ta livet ditt, slik som du har det» (11).

Ambivalensen ble godt demonstrert i en norsk kvalitativ studie, der man undersøkte hvordan alvorlig syke kreftpasienter vurderte spørsmålet om dødshjelp (13). Studien omfattet 18 pasienter ved en lindrende enhet. De fleste hadde en positiv holdning til eutanasi, men ønsket det ikke for sin egen del. Den vanligste bakgrunnen for en positiv holdning til dødshjelp, var frykten for fremtidig smerte og forringet livskvalitet, men ikke smerteopplevelsen i øyeblikket. Ønsket om å dø var en «siste utvei»-tenkning, som tydet på at det mer representerte en mestringsstrategi enn et reelt ønske (13). Funnene passer godt med internasjonale studier, som påpeker klare likheter mellom eutanasi og selvmord. Likhetene omfatter både depresjon som underliggende årsak og ambivalensen som ledsager både ønsker om eutanasi og tanker eller planer om å ta sitt liv (11).

Et spørsmål om tid?

Det er lett å få inntrykk av at det bare er et tidsspørsmål før eutanasi blir tillatt også i vårt land. Den tidligere lederen i Rådet for legeetikk, Trond Markestad, uttalte i 2014 at han trodde dette ville bli en rettighet i løpet

av 10–15 år (14). Hittil har det imidlertid vært liten politisk støtte for det. I Norge har bare Fremskrittspartiet og Miljøpartiet De Grønne tatt til orde for å utrede eller innføre dødshjelp (15). De siste årene har imidlertid flere ungdomspartier gått inn for enten utredning eller legalisering av dødshjelp i Norge. Moderpartiene har i stor grad svart at dødshjelp ikke er aktuell politikk. I dag pågår det derfor ingen politisk debatt om legalisering av dødshjelp i vårt land, men tiden vil vise hva ungdomspolitikernes gjør når de overtar ansvaret (16).

Eutanasidebatten pågår først og fremst i den rike del av verden. Det viser at det ikke bare er barmhjertighetshensyn som ligger til grunn for diskusjonen. I vårt hektiske samfunn føler mange at de ikke har tid eller rom nok å avse når et familiemedlem er kommet til livets slutt. Eldre omtales iblant som en bølge som truer velferdssamfunnet, og stadig mer av helsevesenets ressurser brukes på de siste månedene av livet. Da kan man komme til den konklusjon at det er greit «å hjelpe mennesker ut av livet». Da vil samfunnet kunne spare store ressurser som kan investeres i den produktive delen av samfunnet. Det er grunn til å frykte at dette er en tenkning som vil få stadig større utbredelse (11). Den pågående debatten om mangelen på sykehjemsplasser og sviktende eldreomsorg gjør diskusjonen aktuell og skremmende sammen med signalene om mer innsparing i helsetjenesten.

Litteratur

1. Aarseth S, Horn MA, Dahlberg J et al. Befolkningens kunnskaper og holdninger om beslutninger ved livets slutt. [The population's knowledge of and attitudes towards end-of-life decisions.] *Michael* 2023; 20: 11–22.
2. Aarseth S, Horn M, Magelssen M et al. Nordmenns holdninger til legalisering av dødshjelp. [Norwegians' attitudes towards legalising assisted dying.] *Michael* 2023; 20: 23–32.
3. Horn M. Dødshjelp – terminologi og forutsetninger. *Michael* 2023; 20: 33–9.
4. Bahun MK. En fallitterklæring å legalisere dødshjelp. *Michael* 2023; 20: 40–46.
5. Bringedal BH. Skolastisk om dødshjelp. *Michael* 2023; 20: 76–78.
6. Moen OM, Sterri AB. *Aktiv dødshjelp: etikk ved livets slutt*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2019.
7. Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020.
8. Gamlund E, Solberg CT. *Hva er døden*. Oslo: Universitetsforlaget, 2020.
9. Materstvedt LJ. *Dødshjelp: begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2022.
10. Eutanasi. I: *Det norske akademis ordbok*. <https://naob.no/ordbok/eutanasi> (29.1.2023).
11. Hem E. Spesielle selvmordsformer. I: Ekeberg Ø, Hem E, red. *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016: 195–207. <https://www.nb.no/items/ee962027661dfc0030146775f1f3474f?page=195> (29.1.2023).

12. *Etiske regler for leger*. Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 2021. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforenings-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> (29.1.2023).
13. Johansen S, Hølen JC, Kaasa S et al. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine* 2005; 19: 454–60. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1048oa>
14. Røed L-L- Spår nye konflikter. *A-magasinet* 31.1.2014: 9-11. <https://e-avis.aftenposten.no/titles/aftenposten/1983/publications/88928/pages/8> (29.1.2023).
15. Horn MA, Brelín S. Legeforeningen bør fortsatt si nei til dødshjelp. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2021; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0658>
16. Kleiven DJH, Hartling O, Ståhle F et al. Dødshjelp: lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 51–73. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch3>

Erlend Hem
 erlend.hem@medisin.uio.no
 Legeforskningsinstituttet
 Postboks 1152 Sentrum
 0107 Oslo

Erlend Hem er professor i atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo, instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og redaktør i Michael.

Befolkningens kunnskaper og holdninger om beslutninger ved livets slutt

Michael 2023; 20: 11–22.¹

Bakgrunn: Medisinske beslutninger når pasientens liv nærmer seg slutten, gir noen ganger opphav til etiske problemer. Formålet med studien var å kartlegge befolkningens kunnskaper og holdninger på feltet.

Materiale og metode: Nettbasert undersøkelse til et representativt utvalg av voksne nordmenn. Respondentene tok stilling til fire påstander om norsk helselovgivning, og anga holdning til åtte påstander om behandling og beslutninger ved livets slutt. Svarene ble analysert med deskriptiv statistikk.

Resultater: 1167 personer fullførte undersøkelsen (svarprosent 23,7). 78 % trodde feilaktig at når pasienten selv ikke lenger kan ta beslutninger om behandling, er det pasientens nærmeste pårørende som fatter beslutningen. På de øvrige kunnskapsspørsmål svarte et flertall korrekt. Holdninger til helsehjelp ved livets slutt varierte. Samtidig som et flertall (67 %) mener at mange pasienter holdes i live mot sin vilje, har hele 79 % tillit til at de vil få god lindrende behandling hvis de får en dødelig sykdom.

Fortolkning: Kunnskapen om helselovgivningen er ufullstendig i befolkningen. Det er viktig for leger å kjenne til utbredte feiloppfatninger.

Beslutninger om hvilken behandling som skal gis når livet nærmer seg slutten, fører noen ganger til usikkerhet, uenighet og etiske problemer for helsepersonell, pasienter og pårørende. I livets slutfase kan pasienten ofte ikke selv uttrykke sine valg, og man kjenner iblant heller ikke pasientens preferanser med hensyn til behandling. Saker om livsforlengende behandling er blant det som hyppigst drøftes i kliniske etikk-komiteer (1). Kjennskap til pasientens og pårørendes preferanser, kunnskap og holdninger er nyttig, særlig for pasientansvarlig lege. Det er til hjelp for å kunne gi tilpas-

¹ English version [The population's knowledge of and attitudes towards end-of-life decisions](https://www.michaeljournal.no) on www.michaeljournal.no.

set informasjon, for at pasient og pårørende skal kunne få medvirke på en tjenlig måte, og for at beslutningsprosessen skal bli god.

I denne forbindelse er det også nyttig for leger og annet helsepersonell å kjenne til hvilken kunnskap den generelle befolkningen har til lovverket om behandling ved livets slutt, og hvilke holdninger befolkningen har. Helsepersonell må forstå variasjonen i pasienters og pårørendes kunnskap, oppfatninger og holdninger når de skal informere og ta beslutninger i slike spørsmål. Holdninger til og kunnskap om beslutninger i livets slutfase er viktig også for diskusjonen om dødshjelp.

I denne undersøkelsen har vi ønsket å kartlegge kunnskap om og holdninger til sentrale temaer på feltet. Temaene for undersøkelsen ble valgt ut fra forfatterens kjennskap til hva som gir opphav til problemer og uenighet i klinisk praksis, og ut fra hva som har vært oppe i offentlig debatt.

Vi kjenner ikke til tilsvarende undersøkelser av den norske befolkningens holdninger eller kunnskap om lovverket på dette feltet. Internasjonalt er det gjort mange studier særlig av befolkningens holdninger (2, 3). Disse er kjennetegnet ved spørsmålsformuleringer og temaautvalg tilpasset den spesifikke nasjonale konteksten. Sammenligning på tvers av land er derfor ofte vanskelig.

Materiale og metode

Påstandene som respondentene skulle vurdere, ble formulert for å belyse de mest sentrale aspektene ved beslutninger ved livets slutt. Skjemaet ble utviklet av forfatterne, med innspill fra forskerkolleger. I det første av to spørsmålssett ble respondentene bedt om å ta stilling til fire faktapåstander om norsk helselovgivning. Svaralternativer var «ja», «nei» og «vet ikke». I det andre spørsmålssettet ble de bedt om å angi om de var enige eller uenige i åtte påstander om behandling og beslutninger ved livets slutt. Svaralternativer var «svært uenig», «litt uenig», «verken enig eller uenig», «litt enig» og «svært enig».

Undersøkelsen ble utført av analyseinstituttet Kantar. Kantars Gallup-panel består av ca. 40 000 personer og tilstreber å være representativt for den voksne befolkningen. Medlemmer av panelet ble kontaktet på e-post med invitasjon til å besvare skjemaet elektronisk. Når respondentene besvarte undersøkelsen ble det regnet som implisitt samtykke til å delta. Undersøkelsen ble vurdert av personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. 629574) til å være i samsvar med personvernlovgivningen.

Ved panelundersøkelser er det vanlig å vekte svarene slik at respondenter som tilhører grupper som er underrepresentert i utvalget, gis høyere vekt. I tråd med dette er svarene vektet med tanke på alder, kjønn og bostedsregion (tabell 1). Data er bearbeidet i SPSS 27 og presenteres med deskriptiv statistikk.

Resultater

Skjemaet ble sendt ut til 4929 personer, hvorav 1167 fullførte undersøkelsen (svarprosent 23,7).

Tabell 1 viser respondentenes demografiske karakteristika.

Tabell 2 viser svarfordeling på utsagnene om helselovgivning. 62 % svarte (korrekt) nei, mens 14 % svarte (feilaktig) ja på at norske borgere har en lovfestet rett til å ta sitt eget liv. Hele 78 % svarte (feilaktig) bekreftende, mens kun 9 % (korrekt) avviste at når pasienten selv ikke lenger kan ta beslutninger om behandling, er det pasientens nærmeste pårørende som fatter beslutningen. 70 % svarte (korrekt) at det er tillatt, mens 13 % svarte (feilaktig) at det ikke er tillatt å gi store doser smertelindrende for å lindre smerter, også om det kan fremskynde døden som en utilsiktet bivirkning. 58 % svarte (korrekt) ja og 17 % svarte (feilaktig) nei på spørsmålet om hvorvidt det er tillatt å slå av respiratoren selv om det medfører at pasienten dør.

Tabell 3 viser resultatene for utsagnene om holdninger omkring behandling ved livets slutt. 69 % var svært eller litt enig i at å slå av en respirator når pasienten ønsker det, er å anse som en form for dødshjelp. 79 % hadde tillit til at de vil få god, lindrende behandling hvis de får en dødelig sykdom (svært/litt enig). 56 % var svært eller litt enig i at en tilværelse der man ikke

Tabell 1. Demografiske karakteristika ved respondentene.

		Uvektet (N (%))	Vektet (N (%))
Alder	Under 30 år	128 (11,0)	230 (19,7)
	30–44 år	330 (28,3)	299 (25,6)
	45–59 år	320 (27,4)	299 (25,6)
	60 år og eldre	389 (33,3)	340 (29,1)
Kjønn	Kvinne	610 (52,3)	579 (49,6)
	Mann	557 (47,7)	588 (50,4)
Utdanning	Grunnskole	48 (4,1)	44 (3,8)
	Videregående	268 (23,0)	283 (24,2)
	Fagskole	107 (9,2)	115 (9,8)
	Universitet/høgskole <5 år	401 (34,4)	398 (34,1)
	Universitet/høgskole ³ 5 år	343 (29,4)	328 (28,1)
Bostedsregion	Oslo og omegn	304 (26,0)	296 (25,3)
	Resten av Østlandet	295 (25,3)	300 (25,7)
	Sør- og Vestlandet	353 (30,2)	361 (30,9)
	Trøndelag/Nord-Norge	212 (18,2)	208 (17,8)

Tabell 2. Kunnskap om lovverk når livet nærmer seg slutten (antall (%))

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Alle
Det er tillatt å avslutte respiratorbehandling når pasienten ønsker det, med den følge at pasienten dør (Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4.1 og 4.9)	674 (57,8)	164 (16,6)	293 (25,1)	5 (0,5)	1167 (100)
Det er tillatt å gi store doser medisiner for å lindre smerter og andre plagsomme symptomer, også om det kan fremskynde døden som en utilsiktet bivirkning	813 (69,6)	149 (12,8)	201 (17,2)	5 (0,4)	1167 (100)
Når pasienten selv ikke lenger kan ta beslutninger om behandling, er det pasientens nærmeste pårørende som fatter beslutningen (Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4.6 og 4.9)	904 (77,5)	108 (9,2)	154 (13,2)	1 (0,1)	1167 (100)
Norske borgere har en lovfestet rett til å ta sitt eget liv (Straffeloven § 277)	165 (14,2)	721 (61,7)	279 (23,9)	2 (0,2)	1167 (100)

lenger har kontroll over urin og avføring, er å anse som uverdig. 41 % var svært eller litt enige i at de tror at dødshjelp forekommer ofte i Norge, selv om det er forbudt. 49 % var svært eller litt enige i at lindrende behandling med smertestillende medisiner ofte fremskynder døden. 52 % var svært eller litt enige i at det bør være en menneskerett å kunne ta sitt eget liv. 42 % var svært eller litt enige i at det i livets siste fase er vanlig med sterke smerter som ikke lar seg lindre. 67 % var svært eller litt enige i at mange pasienter holdes i live mot sin vilje.

Det var ingen sammenheng mellom kjønn, kunnskap og holdninger. Unntaket var for påstanden om at en tilværelse der man ikke lenger har kontroll over urin og avføring, er uverdig. Her var menn oftere enn kvinner enige i påstanden (hhv. 61,7 % menn og 49,9 % kvinner litt/svært enig).

Når det gjelder alder, var tendensen at økende alder predikerte mer korrekte svar på kunnskapsspørsmålene. Eksempelvis anga 67 % av respondenter over 60 år korrekt at det er tillatt å avslutte respiratorbehandling når pasienten ønsket det, mens bare 50 % av respondenter under 30 år svarte dette. Sammenlignet med yngre så eldre respondenter seg oftere enig i at lindrende behandling ofte fremskynder døden og at de hadde tillit til at de ville få god lindrende behandling. Yngre anga oftere enn eldre at de trodde det i livets siste fase er vanlig med sterke smerter som ikke lar seg lindre.

Diskusjon

Hele 78 % trodde feilaktig at når pasienten selv ikke lenger kan ta beslutninger om behandling, er det pasientens nærmeste pårørende som fatter

Tabell 3. Holdninger til beslutninger ved livets slutt (Antall (prosent)).

	Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig	Ikke svart	Totalt
Å slå av en respirator når pasienten ønsker det, anser jeg som en form for dødshjelp	93 (7,9 %)	136 (11,6 %)	126 (10,8 %)	475 (40,7 %)	333 (28,5 %)	4 (0,4 %)	1167 (100 %)
Jeg har tillit til at jeg vil få god lindrende behandling hvis jeg får en dødelig sykdom	18 (1,6 %)	85 (7,3 %)	135 (11,6 %)	437 (37,5 %)	487 (41,7 %)	4 (0,4 %)	1167 (100 %)
En tilværelse der man ikke lenger har kontroll over urin og avføring, anser jeg som uverdig	136 (11,6 %)	193 (16,5 %)	185 (15,8 %)	372 (31,9 %)	280 (24,0 %)	1 (0,1%)	1167 (100 %)
Jeg tror at dødshjelp forekommer ofte i Norge, selv om det er forbudt	116 (9,9 %)	190 (16,3 %)	385 (33,0 %)	396 (34,0 %)	80 (6,9 %)	0	1167 (100 %)
Jeg tror at lindrende behandling med smertestillende medisiner ofte fremskynder døden	64 (5,5 %)	163 (14,0 %)	369 (31,6 %)	416 (35,7 %)	152 (13,0 %)	2 (0,2 %)	1167 (100 %)
Det bør være en menneskerett å kunne ta sitt eget liv	158 (13,5 %)	150 (12,9 %)	251 (25,1 %)	332 (28,4 %)	273 (23,4 %)	3 (0,3 %)	1167 (100 %)
Jeg tror at det i livets siste fase er vanlig med sterke smerter som ikke lar seg lindre	97 (8,3 %)	224 (19,2 %)	355 (30,4 %)	339 (29,0 %)	152 (13,0 %)	0	1167 (100 %)
Jeg tror at mange pasienter holdes i live mot sin vilje	59 (5,0 %)	107 (9,2 %)	216 (18,5 %)	507 (43,5 %)	275 (23,6 %)	3 (0,3 %)	1167 (100 %)

beslutningen. På de øvrige kunnskapsspørsmål svarte et flertall korrekt. Holdninger til helsehjelp ved livets slutt varierte. Samtidig som et flertall (67 %) mente at mange pasienter holdes i live mot sin vilje, hadde hele

79 % tillit til at de vil få god lindrende behandling hvis de får en dødelig sykdom.

Styrker og svakheter

En svakhet ved studien er den lave responsraten. Det gjør at responskjevhet ikke kan utelukkes. Lave responsrater et problem i mange spørreundersøkelser (4), men analyser indikerer at svarene likevel kan være representative (5). Utvalget ble trukket fra et panel som er representativt for befolkningen, og svarene ble vektet ut fra demografiske variabler.

Pårørende har ikke beslutningsmyndighet

Undersøkelsen viser en utbredt misoppfatning om pårørendes rolle i beslutninger om helsehjelp. Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at når pasienten ikke er samtykkekompetent, har nærmeste pårørende rett til å *medvirke* i beslutninger om helsehjelp. Men medvirkningen består hovedsakelig i å opplyse om hva *pasienten* ville ha ønsket (pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6). Der en døende pasient ikke er i stand til å uttrykke sine ønsker, skal helsepersonell legge vekt på hvilke ønsker pårørende tilkjennegir pasienten og de selv har. Det er imidlertid behandlingsansvarlig lege, ikke pårørende, som etter en selvstendig vurdering skal treffe beslutningen (pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-6 og 4-9). Dette går også tydelig frem av kommentarene til loven (6). I en undersøkelse blant et representativt utvalg av norske leger fra 2012, oppga 44 % å ha avsluttet behandling på forespørsel fra pårørende uten å kjenne pasientens ønske (7). Tilsvarende fant man at sykehjemsleger ofte la vekt på pårørendes syn uten å forsøke å klargjøre pasientens syn (8). Det er viktig å være klar over at slik praksis bygger på en misoppfatning, som altså viser seg å være minst like utbredt i befolkningen som blant leger. Når det er aktuelt, bør legen kommunisere tydelig om ansvarsfordelingen og hva pårørendes rett til medvirkning består i. Det vil kunne bidra til å forebygge misforståelser og konflikter.

Om lag 70 % kjente til at det er tillatt å gi store doser lindrende medisiner, selv om det som bivirkning skulle forkorte livet. Nær halvparten trodde at lindrende behandling med smertestillende medisiner ofte fremskynder døden. En systematisk, forutsigbar livsforkortende effekt av lindrende behandling er ikke dokumentert. Selv om det kan forekomme at smertestillende medikamenter forårsaker død, er det uvisst hvor hyppig dette skjer i praksis (9, 10).

En liten andel mente feilaktig at norske borgere har lovfestet rett til å gjøre selvmord. Det kan presiseres at det heller ikke foreligger et konkret

forbud mot egenhendig selvmord. Straffeloven § 277 rammer ikke eget selvmord, men det er straffbart for både helsepersonell og vanlige borgere å medvirke til selvmord. Helsevesenet har som oppgave å forebygge selvmord og forhindre tap av liv ved selvmordsforsøk. Dette gjenspeiles blant annet i helsepersonelloven § 7 som pålegger helsepersonell hjelpeplikt når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig, i bestemmelser som åpner for behandling av pasienter under tvang hvor det er nærliggende og alvorlig fare for eget liv (psykisk helsevernloven §§ 3-2, 3-3 og 4-4), i Helsedirektoratets veileder (11) og i Solberg-regjeringens nullvisjon for selvmord (12). Selv om egenhendig selvmord ikke er forbudt, er dette altså ingen lovfestet rett som kan kreves respektert eller håndhevet slik man kan for rettigheter gitt i helselovgivningen.

Litt over halvparten kjente til at det er lovlig å avslutte respiratorbehandling når pasienten ønsker det, med den følge at pasienten dør. Dette bygger på den forutsetning at en pasient som holdes i live ved hjelp av respirator, er å anse som døende, og døende har en særskilt rett til å avslå livsforlengende behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9. Det kan tenkes tilfeller hvor svaret ville vært et annet der pasienten ikke er å anse for døende, og særskilte forhold gir rett til å overstyre pasientens autonome ønsker. En slik snever unntakssituasjon tok vi ikke med i spørsmålsstillingen fordi det råder usikkerhet om det i det hele tatt finnes en rettslig adgang til å legge pasienter på respirator om de motsetter seg det.

Sprikende holdninger til spørsmål om livets slutt

I holdningsspørsmålene fordelte respondentene seg generelt over hele spekteret av svaralternativer. To tredeler var svært eller litt enig i at å slå av en respirator når pasienten ønsker det, bør anses som en form for dødshjelp. Til støtte for dette argumenterer Gamlund & Solberg for at det ikke er etisk relevante forskjeller på det de kaller «passiv dødshjelp» (behandlingsbegrensning) og «aktiv dødshjelp» (13). Det er vi uenige i. Ved dødshjelp i form av eutanasi gir legen en injeksjon som har som eksplisitt hensikt, og forutsigbar effekt, å framkalle død. Dersom man avslutter eller ikke starter behandling av en livstruende sykdom, dør pasienten av sykdommen. Både årsaken til døden og intensjonen i handlingen er forskjellig (2, 14). Legens perspektiv er også helt motsatt ved de to tilstandene: Ved dødshjelp er legens perspektiv at pasientens liv bør avsluttes, før tidspunktet for naturlig død. Ved behandlingsbegrensning er legens perspektiv at pasientens liv ikke bør forlenges utover naturlig livslengde. Rent praktisk er det også forskjell mellom den spesifikke handlingen eutanasi og den vide termen behandlingsbegrensning. Eutanasi består i administrasjon av medikamenter som

har som eneste hensikt og effekt å framkalle umiddelbar død. Behandlingsbegrensning omfatter en myriade av valg som behandler gjør om å ikke starte, avslutte brått eller trappe ned, et bredt spektrum av behandlingstilbud som spenner fra antibiotikabehandling og væske- og næringstilførsel til hjerte-lunge-redning og respiratorbehandling (15).

De aller fleste hadde tillit til at de ville få god lindrende behandling hvis de fikk en dødelig sykdom. I kontrast til dette var nær halvparten svært eller litt enige i at det i livets siste fase er vanlig med sterke smerter som ikke lar seg lindre. Dette gjenspeiles i utsagn i det offentlige ordskiftet om dødshjelp, om at dette handler om en pasientgruppe som ikke kan hjelpes gjennom palliasjon, og hvor dødshjelp bør være en mulighet. I en undersøkelse fra 2019 svarte 62 % ja på et tilsvarende spørsmål (16). Fagfolk har ulike syn på spørsmålet om hvorvidt god lindring kan gjøre dødshjelp overflødig (8, 17). Mange fagfolk mener at det fortsatt gjenstår store utfordringer innen norsk dødsomsorg (18). For eksempel fant en studie at en stor andel sykehjemspasienter i siste levedøgn hadde betydelige plager som ikke var lindret (19).

Oppdaterte retningslinjer for lindrende sedering skal gjøre tilbudet mer tilgjengelig (20), men fagfolk er bekymret for at denne behandlingen brukes for lite (21).

Manglende kontroll over urin og avføring (inkontinens) anså over halvparten som uverdig. Slik inkontinens er ikke spesifikt for livets siste fase. Blant personer som fikk innvilget legeassistert selvmord i Oregon, oppga 38 % tap av kontroll over kroppsfunksjoner som en av sine bekymringer. Tap av kontroll over kroppsfunksjoner kan oppfattes både som tap av uavhengighet og verdighet. En svensk rapport konkluderer med betydelig redusert livskvalitet ved urininkontinens (22).

Nesten halvparten trodde at dødshjelp forekommer ofte i Norge, selv om det er forbudt. Ettersom «dødshjelp» var definert i innledningen til undersøkelsen som en samlebetegnelse på «eutanasi» og «legeassistert selvmord», to termer som igjen ble presisert definert, antar vi at respondentene hadde en tilstrekkelig forståelse av dødshjelp til å kunne gi et svar. Det mangler sikre tall som kan belyse hva som faktisk foregår. Kun tre norske leger (én av disse domfelt) er offentlig kjent for å ha utført dødshjelp (23). En undersøkelse fra 2002 viste at et fåtall av de spurte hadde utført dødshjelp (24), men i en oppfølgende undersøkelse fra 2012 oppga seks av 1279 leger at de hadde framskyndet pasienters død siste år (8). Dødshjelp (og medisinske drap uten forespørsel) forekommer altså i Norge, men det er etter det vi vet, sjelden.

Vel halvparten mente at det bør være en menneskerett å kunne få ta sitt eget liv. Verken norsk lov eller internasjonale konvensjoner vi er tilsluttet

forbyr egenhendig selvmord. Det er imidlertid forbudt etter norsk lov å medvirke til selvmord, og selv om handlingen i seg selv ikke sanksjoneres ved lov, er det flere lover som søker å motvirke selvmord. Den europeiske menneskerettighetsdomstol har prøvd saker som har omhandlet hvorvidt retten til å råde over eget liv også omfatter retten til å få hjelp til å avslutte sitt eget liv. I den såkalte Pretty-dommen ble det imidlertid konkludert med at den europeiske menneskerettighetskonvensjon ikke ga rett til å få hjelp til å ta sitt eget liv (25). I motstående saker har samme domstol derimot presisert at retten til autonomi over eget liv står sterkt, og at det å trekke tilbake behandling eller ernæring og væske ikke er å regne som handlinger i strid med menneskerettighetskonvensjonens vern om liv (26).

To tredeler trodde at mange pasienter holdes i live mot sin vilje i livets slutfase. Hvor ofte pasienter «ved livets slutt» holdes i live mot sin vilje, er ikke kartlagt. Fra legehold hevdes det at slik overbehandling ofte skjer etter påtrykk fra pårørende, men det foreligger også historier om leger som nekter å la pasienten dø (27). Et kanskje større problem i klinisk praksis er pasienter som mangler samtykkekompetanse, men som blir gjenstand for livsforlengende behandling langt utover det samtykkekompetente pasienter pleier å ønske seg. Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at all behandling forutsetter eksplisitt eller presumert samtykke (§§ 4-1 og 4-2). Dette henger også sammen med grunnleggende medisinsk-etiske verdier som velgjørenhet, ikke-skade og autonomi. Det å gi livsforlengende behandling til pasienter som ikke ønsker det, kan ikke sies å være velgjørende, og kan heller være til skade for pasienten. Det er heller ikke i tråd med de begrensningene som gjelder for hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7, som angitt i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9. En døende pasient har rett til å motsette seg behandling, og der pasienten ikke kan formidle sitt ønske tilligger det helsepersonell en plikt å avklare hva pasienten ville ha ønsket i slike situasjoner. Vår erfaring er at det å trygge pasienter på at deres ønske om ikke å bli holdt i live mot deres vilje vil bli respektert, i seg selv kan bidra til å dempe pasientens tanker om selvmord og dødshjelp. I en resolusjon fra faglandsrådet i Legeforeningen har fagmiljøene oppfordret til å lage gode rutiner for å motvirke overbehandling i livets slutfase (25).

Konklusjon

Befolkningens kunnskap om sentral helselovgivning er ufullstendig. Svært mange synes feilaktig å tro at når pasienten ikke kan samtykke, er det nærmeste pårørende som treffer beslutning om behandling. Da er det ekstra viktig at leger og annet helsepersonell er bevisste på hvor ansvaret for slike beslutninger er plassert, og har gode rutiner og formuleringer for å opplyse

pårørende om dette. Døende pasienter har gode rettigheter i Norge, og det kan være betryggende å få vite om dette. Mange ser på behandlingsbegrensning som en form for dødshjelp, selv om dette er to forskjellige handlinger. 79 % har tillit til at de vil få god lindrende behandling når de trenger det, men det er fortsatt behov for bedre kunnskap i befolkningen om lindrende behandling i livets slutfase.

Litteratur

1. Magelssen M, Pedersen R, Miljeteig I et al. Importance of systematic deliberation and stakeholder presence: a national study of clinical ethics committees. *J Med Ethics* 2020; 46: 66–70. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105190>
2. Zhu Y, Enguádanos S. When patients say they know about palliative care, how much do they really understand? *J Pain Symptom Manage* 2019; 58: 460–4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.008>
3. Rietjens JA, van der Heide A, Voogt E et al. Striving for quality or length at the end-of-life: attitudes of the Dutch general public. *Patient Educ Couns* 2005; 59: 158–63. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.012>
4. Groves RM. Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opin* 2006; 70: 646–75. <https://doi.org/10.1093/poq/nfl033>
5. Hellevik O. Extreme nonresponse and response bias. *Quality & Quantity* 2016; 50: 1969–91. <https://doi.org/10.1007/s11135-015-0246-5>
6. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Helsedirektoratet. Oslo 2018. [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer - Helsedirektoratet](#) (11.11.2022).
7. Førde R, Aasland OG. Are end-of-life practices in Norway in line with ethics and law? *Acta Anaesthesiol Scand* 2014; 58: 1146–50. <https://doi.org/10.1111/aas.12384>
8. Romøren M, Pedersen R, Førde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Med Ethics* 2016; 17: 5. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0088-2>
9. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol* 2003; 4: 312–8. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(03\)01079-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(03)01079-9)
10. Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase: Helsedirektoratet, 2018. [Lindrende behandling i livets slutfase - Helsedirektoratet](#) (11.11.2022).
11. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS 1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
12. Handlingsplan for forebygging av selvmord. Regjeringen 2020. [regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf](#) (11.11.2022).
13. Gamlund E, Solberg CT. Livshjelp eller dødshjelp? I: Gamlund E, Solberg CT, red. *Hva er døden*. Oslo: Universitetsforlaget, 2020: 74–9.
14. Magelssen M. Fem spor i dødshjelpsdebatten. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 21–34. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch1>
15. Magelssen M, Førde R. Etikk ved livets slutt. I: Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al, red. *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2020.

16. Brækhus LA. Undersøkelse: 1 av 4 mangler tillit til helsevesenet ved uhelbredelig sykdom. *ABC Nyheter* 1.12.2019. [Undersøkelse: 1 av 4 mangler tillit til helsevesenet ved uhelbredelig sykdom | ABC Nyheter](#) (11.11.2022).
17. Brelin S. Kan lindrende behandling fjerne behovet for dødshjelp? I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 193–211. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch10>
18. NOU 2017:16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. [NOU 2017: 16 - regjeringen.no](#) (11.11.2022).
19. Sandvik RK, Selbaek G, Bergh S et al. Signs of imminent dying and change in symptom intensity during pharmacological treatment in dying nursing home patients: a prospective trajectory study. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 821–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.006>
20. Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase. Den norske Legeforening [retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf](#) ([legeforeningen.no](#)) (11.11.2022).
21. Materstvedt LJ, Ottesen S, Hofacker S et al. Unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt. *Dagens Medisin* 29.01.2019. [Unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt - Debatt og kronikk - Dagens Medisin](#) (11.11.2022).
22. Livskvalitet. I: *Behandling av urininkontinens*. SBU-rapport nr. 143. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2000: 168–77. [Behandling av urininkontinens \(sbu.se\)](#) (11.11.2022).
23. Kleiven DJH, Hartling O, Ståhle F et al. Dødshjelp: Lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, Klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm, 2020: 51–73. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch3>
24. Førde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation* 2002; 55: 235–40. [https://doi.org/10.1016/s0300-9572\(02\)00270-8](https://doi.org/10.1016/s0300-9572(02)00270-8)
25. Case of Pretty v. The United Kingdom. Strasbourg 2002. Den europeiske menneskerettsdomstol 2002. [PRETTY v. THE UNITED KINGDOM \(coe.int\)](#) (11.11.2022).
26. 2Lambert and Others v. France. Strasbourg 2015. Den europeiske menneskerettsdomstol 2015. [HUDOC - European Court of Human Rights \(coe.int\)](#) (11.11.2022).
27. 2Nordland N. – Det var et overgrep at legene ikke lot far dø. NRK Nordland 01.04.2014. [– Et overgrep at far ikke fikk dø – NRK Nordland](#) (11.11.2022).

Svein Aarseth
svein.aarseth@legeforeningen.no
 Rådet for legeetikk
 Den norske legeforening
 Postboks 1152 Sentrum
 0107 Oslo

Svein Aarseth er spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin og leder i Rådet for legeetikk.

*Morten Andreas Horn
hormor@ous-hf.no
Neurologisk avdeling
Oslo universitetssykehus
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo*

Morten Andreas Horn er spesialist i neurologi og overlege ved Oslo universitetssykehus. Han var medlem av Rådet for legeetikk 2018–2021.

*Jørgen Dahlberg
jorgen.dahlberg@medisin.uio.no
Akershus universitetssykehus
og
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo*

Jørgen Dahlberg er jurist med advokatbevilling og overlege i anestesi ved Akershus universitetssykehus. Han har også en deltids forskerstilling ved Senter for medisinsk etikk.

*Morten Magelssen
morten.magelssen@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo
og
MF vitenskapelig høyskole, Oslo*

Morten Magelssen er lege, førsteamanuensis ved Senter for medisinsk etikk og professor II i bioetikk ved MF vitenskapelig høyskole.

Artikkelen er fagfellevurdert.

The population's knowledge of and attitudes towards end-of-life decisions

Michael 2023; 20: 11–23. (English version)

Background: End-of-life medical decisions sometimes give rise to ethical problems. The purpose of the study was to survey the knowledge and attitudes of the population on the subject.

Material and method: An online survey of a representative sample of adults in Norway. The respondents were asked to take a position on four statements about Norwegian health legislation, and to answer eight statements about their attitudes towards end-of-life care and decisions. The responses were analysed using descriptive statistics.

Results: A total of 1167 people completed the survey (response rate 23.7%). Seventy-eight per cent mistakenly believed that when a patient can no longer make decisions about their care, it is their next of kin who makes the decisions. A majority of respondents answered correctly in relation to the other statements relating to knowledge. Attitudes towards end-of-life care varied. While a majority (67%) believe that many patients are kept alive against their will, a full 79% trust that they will receive good palliative care if they become terminally ill.

Interpretation: The survey shows a widespread misconception about the role of the next of kin in healthcare decisions. It is important that healthcare personnel communicate the division of responsibilities clearly and clarify what the next of kin's right to participation entails.

Decisions about end-of-life care are sometimes fraught with uncertainty, disagreement and ethical problems for healthcare personnel, patients and next of kin. Patients are often unable to express their choices in the end-of-life phase, and sometimes their treatment preferences are also unknown. Life-prolonging treatment is one of the most frequently discussed issues in clinical ethics committees (1). Knowledge of the preferences, knowledge and attitudes of the patient and their next of kin is useful, particularly for

the doctor with responsibility for the patient. This can help provide individualised information that enables the patient and their next of kin to participate in a useful way, and facilitates a good decision-making process.

In this connection, it is also useful for doctors and other healthcare personnel to be aware of the general population's attitudes towards and knowledge of the legislation on end-of-life care. Healthcare personnel should understand the variation in knowledge, perceptions and attitudes among patients and their next of kin when informing and making decisions on such issues. Attitudes towards and knowledge about end-of-life decisions are also important for the discourse on assisted dying.

In this study we sought to obtain knowledge of and understand attitudes towards key topics in the field. The topics for the survey were chosen based on the authors' knowledge of what gives rise to problems and disagreements in clinical practice, as well as public discourse on the subject.

We are not aware of similar surveys of the Norwegian population's attitudes towards or knowledge of the legislation in this field. Many international studies have been carried out, particularly of the population's attitudes (2, 3). In these, questions are formulated and topics are selected based on the specific national context. Comparisons across countries are therefore often a challenge.

Material and method

The statements put to the respondents were formulated with a view to understanding the core aspects of end-of-life decisions. The questionnaire was devised by the authors, with input from other research colleagues. In the first of two sets of statements, the respondents were asked to take a position on four factual statements about Norwegian health legislation. The response alternatives were 'Yes', 'No' and 'Don't know'. In the second set of statements, they were asked to indicate whether they agreed or disagreed with eight statements about end-of-life care and decisions. The response alternatives were 'Strongly disagree', 'Disagree to some extent', 'Neither agree nor disagree', 'Agree to some extent' and 'Strongly agree'.

The survey was conducted by Kantar, a data analysis company, and was initiated and financed by the Medical Ethics Council. This was reflected in the questionnaire. Kantar's Gallup panel consists of approximately 40,000 people and strives to be representative of the adult population. An invitation was emailed to members of the panel with a request to answer an online questionnaire. Responding to the survey was considered implicit consent to participate. The data protection officer at the Norwegian Centre for Research Data (NSD, ref. 629574) considered the survey to be in accordance with data protection legislation.

In panel surveys, a higher weighting is normally given to the answers of respondents who belong to groups that are underrepresented in the sample. In line with this, the answers are weighted with regard to age, gender and region of residence (Table 1). The data were analysed using SPSS 27 and presented in the form of descriptive statistics.

Results

In August 2021, the questionnaire was sent to 4929 people, 1167 of whom completed the survey (response rate 23.7%).

Table 1 shows the demographics of respondents.

Table 2 shows the breakdown of responses to the statements on health legislation: 62% answered (correctly) 'No', while 14% answered (incorrectly) 'Yes' to the statement that Norwegian citizens have a legal right to take their own life. A total of 78% answered (incorrectly) in the affirmative, while only 9% (correctly) rejected the idea that a patient's next of kin makes the decision on end-of-life care when the patient is no longer able to make such decisions. Seventy per cent answered (correctly) that it is permitted to administer large doses of palliative medication to relieve pain, even if it may have the unintended effect of hastening death, while 13% answered (incor-

Table 1. Demographics of the respondents. (Number (%))

		Unweighted (N (%))	Weighted (N (%))
Age	Below 30 years	128 (11.0)	230 (19.7)
	30–44 years	330 (28.3)	299 (25.6)
	45–59 years	320 (27.4)	299 (25.6)
	60 years and over	389 (33.3)	340 (29.1)
Gender	Female	610 (52.3)	579 (49.6)
	Male	557 (47.7)	588 (50.4)
Education	Primary/lower secondary school	48 (4.1)	44 (3.8)
	Upper secondary school	268 (23.0)	283 (24.2)
	Vocational college	107 (9.2)	115 (9.8)
	University/university college <5 years	401 (34.4)	398 (34.1)
	University/university college ≥5 years	343 (29.4)	328 (28.1)
Region of residence	Oslo and area	304 (26.0)	296 (25.3)
	Remainder of Eastern Norway	295 (25.3)	300 (25.7)
	Southern and Western Norway	353 (30.2)	361 (30.9)
	Trøndelag/Northern Norway	212 (18.2)	208 (17.8)

Table 2. Knowledge of legislation on end-of-life care. (Number (%))

	Yes	No	Don't know	Did not answer	All
It is permitted to turn off the ventilator at the patient's request, even if it results in the patient's death. (Sections 4.1 and 4.9 of the Patients' Rights Act)	674 (57.8)	164 (16.6)	293 (25.1)	5 (0.4)	1167 (100)
It is permitted to administer large doses of medication to relieve pain and other symptoms, even if it may have the unintended effect of hastening death.	813 (69.6)	149 (12.8)	201 (17.2)	5 (0.4)	1167 (100)
When a patient can no longer make decisions about their care, it is the patient's next of kin who makes the decisions. (Sections 4.6 and 4.9 of the Patients' Users Rights)	904 (77.5)	108 (9.2)	154 (13.2)	1 (0.1)	1167 (100)
Norwegian citizens have a legal right to take their own life. (Section 277 of the Penal Code)	165 (14.2)	721 (61.7)	279 (23.9)	2 (0.2)	1167 (100)

rectly) that this is not permitted. A total of 58% answered (correctly) 'Yes' and 17% answered (incorrectly) 'No' to the statement on whether it is permitted to turn off a patient's ventilator even if it results in death.

Table 3 shows the results for the statements about attitudes towards end-of-life care. Sixty-nine per cent of respondents strongly agreed or agreed to some extent that turning off a ventilator at the patient's request is considered a form of assisted dying. Seventy-nine per cent trusted that they will receive good palliative care if they become terminally ill (strongly agreed/agreed to some extent). Fifty-six per cent strongly agreed or agreed to some extent that patients can no longer lead a dignified life once they lose control of their bladder or bowels. Forty-one per cent strongly agreed or agreed to some extent that they believe there are many cases of assisted dying in Norway, despite it being illegal. Forty-nine per cent strongly agreed or agreed to some extent that administering analgesics as part of palliative care often hastens death. Fifty-two per cent strongly agreed or agreed to some extent that taking one's own life should be a human right. Forty-two per cent strongly agreed or agreed to some extent that it is common at the end of life to have severe pain that cannot be relieved. Sixty-seven per cent strongly agreed or agreed to some extent that many patients are kept alive against their will. There was no correlation between gender, knowledge and attitudes.

The exception was for the statement that patients can no longer lead a dignified life once they lose control of their bladder or bowels. Here, more

Table 3. Attitudes towards end-of-life decisions. (Number (%)).

	Strongly disagree	Disagree to some extent	Neither agree nor disagree	Agree to some extent	Strongly agree	Did not answer	Total
I consider turning off a ventilator at the patient's request a form of assisted dying.	93 (7.9)	136 (11.6)	126 (10.8)	475 (40.7)	333 (28.5)	4 (0.4)	1167 (100)
I trust that I will receive good palliative care if I become terminally ill.	18 (1.6)	85 (7.3)	135 (11.6)	437 (37.5)	487 (41.7)	4 (0.4)	1167 (100)
I believe that patients can no longer lead a dignified life once they lose control of their bladder or bowels.	136 (11.6)	193 (16.5)	185 (15.8)	372 (31.9)	280 (24.0)	1 (0.1)	1167 (100)
I believe there are many cases of assisted dying in Norway, despite it being illegal.	116 (9.9)	190 (16.3)	385 (33.0)	396 (34.0)	80 (6.9)	0	1167 (100)
I believe that administering analgesics as part of palliative care often hastens death.	64 (5.5)	163 (14.0)	369 (31.6)	416 (35.7)	152 (13.0)	2 (0.2)	1167 (100)
I believe that taking one's own life should be a human right.	158 (13.5)	150 (12.9)	251 (25.1)	332 (28.4)	273 (23.4)	3 (0.3)	1167 (100)
I believe it is common at the end of life to have severe pain that cannot be relieved.	97 (8.3)	224 (19.2)	355 (30.4)	339 (29.0)	152 (13.0)	0	1167 (100)
I believe that many patients are kept alive against their will.	59 (5.0)	107 (9.2)	216 (18.5)	507 (43.5)	275 (23.6)	3 (0.3)	1167 (100)

men than women agreed with the statement (61.7% and 49.9% of men and women, respectively, strongly agreed/agreed to some extent).

Respondents in the higher age group responded correctly to more of the knowledge statements than younger respondents. For example, 67% of

respondents over the age of 60 correctly indicated that it is permitted to turn off the ventilator at the patient's request, while the corresponding proportion for those under the age of 30 was 50%. Compared to younger respondents, the higher age group were more likely to agree that palliative care often hastens death and that they trust they would receive good palliative care if they became terminally ill. More of the younger respondents indicated that they believed it is common at the end of life to have severe pain that cannot be relieved.

Discussion

As many as 78% mistakenly believed that when the patient can no longer make decisions about their own treatment, it is the patient's next of kin who makes the decisions. A majority of respondents answered the other knowledge statements correctly. Attitudes towards end-of-life health care varied. While a majority (67%) believed that many patients are kept alive against their will, as many as 79% trusted that they would receive good palliative care if they became terminally ill.

Strengths and weaknesses

One of the weaknesses of the study is the low response rate. This means that response bias cannot be ruled out. Low response rates are a problem in many surveys (4), but analyses indicate that the responses may still be representative (5). The sample was drawn from a panel that is representative of the population, and the answers were weighted based on demographic parameters.

Next of kin have no legal decision-making authority

The survey shows a widespread misconception about the role of next of kin in decisions about health care. Section 3-1 of the Patients' Rights Act stipulates that if a patient is not competent to give consent, the patient's next of kin is entitled to *participate* in decisions relating to their health care. However, *participate* in this context mainly entails providing information on what the *patient* would have wanted (section 4-6 of the Patients' Rights Act). Where a dying patient is unable to express their wishes, healthcare personnel must give most weight to what the next of kin expresses as the patient's wish and their own wish. However, it is the doctor responsible for treating the patient, not the next of kin, who must make the decision, based on an independent assessment (sections 4-6 and 4-9 of the Patients' Rights Act). This is also clearly stated in a circular setting out how the Act should be interpreted and practised (6). In a survey of a representative sample of

Norwegian doctors from 2012, 44% of respondents stated that they had withdrawn treatment at the request of a patient's next of kin without knowing the patient's wishes (7). Correspondingly, it was found that nursing home doctors often gave weight to the next of kin's view without trying to clarify the patient's view (8). It is important to be aware that such practices are based on a misconception, which it transpires is at least as widespread among the general population as among doctors. When relevant, the doctor should communicate the division of responsibilities clearly and clarify what the next of kin's right to participation entails. This may help prevent misunderstandings and conflicts.

About 70% of respondents knew that it is permitted to administer large doses of palliative medication, even if it may have the unintended effect of hastening death. Nearly half believed that palliative medication often hastens death. There is no evidence to suggest that palliative medication has a systematic, predictable, life-shortening effect. Although such medication can lead to death, it is unknown how often this happens in practice (9, 10).

A small proportion mistakenly believed that Norwegian citizens have a legal right to end their own life. However, there is also no law against suicide that does not involve other parties. Section 277 of the Penal Code does not cover a person's own suicide, but it is a criminal offence for both healthcare personnel and ordinary citizens to contribute to another person's suicide. The health service's task is to deter suicide and prevent the loss of life as a result of attempted suicide. This is reflected in, inter alia, section 7 of the Health Personnel Act, which imposes a duty on healthcare personnel to provide health care when it must be assumed that the health care is of vital importance. It is also reflected in provisions that cover the treatment of patients under compulsory mental health care where there is imminent and serious danger to their own life (sections 3-2, 3-3 and 4-4 of the Mental Health Care Act), in the Norwegian Directorate of Health's guide (11) and in the Solberg Government's "zero vision" for suicide (12). Although there is no law against suicide that does not involve other parties, this does not represent a legal right that can be respected or enforced in the same way as for rights granted in health legislation.

Just over half of the respondents knew that it is legal to withdraw ventilator support at the patient's request even if it will result in the patient's death. This is based on the premise that a patient who is kept alive with the aid of a ventilator is to be considered dying, and dying patients are entitled to refuse life-prolonging treatment under section 4-9 of the Patients' Rights Act. Cases can be envisaged where the response would be different if the patient was not considered dying, and special circumstances dictate that

the patient's autonomous wishes can be overridden. We did not include such a nuanced situation because it is not certain whether there is even a legal right to put patients on ventilators if they object.

Differing attitudes to statements about end of life

In the statements relating to attitudes, the respondents were generally distributed across the entire spectrum of response alternatives. Two-thirds strongly agreed or agreed to some extent that turning off a ventilator at the patient's request should be considered a form of assisted dying. In support of this, Gamlund and Solberg argue that there are no ethically relevant differences between what they call 'passive euthanasia' (withdrawing or withholding of treatment) and 'active euthanasia' (13). We disagree with that. In assisted dying, the doctor administers an injection with the express purpose, and predictable effect, of inducing death. If treatment for a life-threatening illness is withdrawn or withheld, the patient will die of the disease. Both the cause of death and the intention behind the act are different (2, 14). The doctor's perspective is also the complete opposite in the two situations: in the case of assisted dying, the doctor's perspective is that the patient's life should be ended before the time of natural death. However, in the withdrawing or withholding of treatment, the doctor's perspective is that the patient's life should not be extended beyond natural life expectancy. In practical terms, there is also a difference between the specific act of euthanasia and the broad term 'withdrawing or withholding of treatment'. Euthanasia entails the administration of medication where the only intention and effect is imminent death. The withdrawing or withholding of treatment includes a myriad of choices that healthcare personnel face about withholding, abruptly withdrawing or tapering off a broad spectrum of treatment options, ranging from administering antibiotics and supplying fluids and nutrients, to cardiopulmonary resuscitation and mechanical ventilation (15).

The vast majority trusted that they would receive good palliative care if they became terminally ill. In contrast to this, nearly half strongly agreed or agreed to some extent that it is common at the end of life to have severe pain that cannot be relieved. This is reflected in the public discourse on assisted dying where the belief is that this relates to a patient population that cannot be helped by palliative care, and where assisted dying should be an option. In a survey from 2019, 62% of respondents agreed with a similar question (16). Medical professionals have differing views on the issue of whether good palliative care can make assisted dying redundant (8, 17). Many professionals believe that there are still major challenges within

palliative care in Norway (18). For example, one study found that a large proportion of nursing home patients in the end-of-life phase suffered considerable pain that could not be relieved (19).

Updated guidelines for palliative sedation will make the treatment more accessible (20), but professionals are concerned that not enough patients are given this treatment (21).

More than half of the respondents felt that lack of bladder and bowel control (incontinence) meant a patient could no longer lead a dignified life. Incontinence is not specific to the end-of-life phase. Among people who were granted physician-assisted suicide in Oregon, 38% cited loss of control over bodily functions as one of their concerns. Loss of control over bodily functions can be understood to constitute a loss of independence and dignity. Significantly reduced quality of life has been reported in patients with urinary incontinence (22).

Almost half of the respondents believed there are many cases of assisted dying in Norway, even though it is illegal. As 'assisted dying' was defined in the introduction to the survey as an umbrella term for 'euthanasia' and 'physician-assisted suicide', which were also precisely defined, we assume that the respondents had a sufficient understanding of the concept of assisted dying to answer the statements. There is a lack of reliable figures that can shed light on the reality of the situation. Only three doctors in Norway (one of whom was convicted) are officially known to have performed assisted dying (23). A survey from 2002 showed that a small number of respondents had performed assisted dying (24), while in a follow-up survey from 2012, six out of 1279 doctors indicated that they had hastened a patient's death in the past year (7). Assisted dying (and unsolicited mercy killing) does therefore take place in Norway, but as far as we know, it is rare.

Well over half of the respondents believed that taking one's own life should be a human right. Neither Norwegian law nor international conventions with which we are affiliated legislate against suicide without the involvement of other parties. It is, however, prohibited under Norwegian law to assist in suicide, and although the act itself is not sanctioned by law, there are several laws that seek to discourage suicide. The European Court of Human Rights has tried cases relating to whether the individual's right to self-determination in issues of life and death includes the right to receive assistance to end one's own life. In the so-called *Pretty* judgment, however, it was concluded that the European Convention on Human Rights does not grant the right to receive assistance in taking one's own life (25). Nevertheless, in cases dealing with the withdrawing or withholding of treatment, the same court has ruled that the right to personal autonomy is strong, and

that withdrawing treatment or nutrients and fluids is not to be regarded as a violation of the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (26).

Two-thirds of respondents believed that many patients are kept alive in the end-of-life phase against their will. How often patients 'at the end of life' are kept alive against their will is unknown. Doctors claim that such overtreatment often occurs following pressure from patients' families, but there are also stories of doctors who refuse to let the patient die (27). A perhaps greater problem in clinical practice is patients who lack the competence to give consent but are subject to life-prolonging treatment far beyond what patients who are competent to give consent tend to want. The Patients' Rights Act states that all treatment requires explicit or presumed consent (sections 4-1 and 4-2). This is also linked to core principles of medical ethics such as beneficence, nonmaleficence and autonomy. Giving life-prolonging treatment to patients who do not want it cannot be said to be beneficent, and may actually be harmful to the patient. Under section 4-9 of the Patients' Rights Act, a dying patient has the right to refuse life-prolonging treatment. This delimits the duty to provide necessary health care under section 7 of the Health Personnel Act. A dying patient has the right to object to treatment, and where the patient is unable to communicate their wishes, healthcare personnel have a duty to clarify what the patient would have wanted in such situations. In our experience, reassuring patients that their wish not to be kept alive against their will shall be respected can in itself help lessen the patient's thoughts about suicide and assisted dying. In a resolution from the National Council of the Norwegian Medical Association, the medical professions have called on effective procedures to be drawn up aimed at counteracting overtreatment in the end-of-life phase (28).

Conclusion

The population's knowledge of central health legislation is incomplete. Many people mistakenly believe that when a patient is not competent to give consent, it is their next of kin who makes the decision about treatment. It is therefore particularly important that doctors and other healthcare personnel are aware of where the responsibility for such decisions lies, and that they have effective procedures and formulations in place for informing patients' families of this. Dying patients are well protected in Norway, and it can be reassuring to know this. Many regard the withdrawing or withholding of treatment to be a form of assisted dying, although this is something quite different. Seventy-nine per cent trust that they will receive good

palliative care if they need it, but there is still a need to better educate the public about palliative care in the end-of-life phase.

References

1. Magelssen M, Pedersen R, Miljeteig I et al. Importance of systematic deliberation and stakeholder presence: a national study of clinical ethics committees. *J Med Ethics* 2020; 46: 66–70. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105190>
2. Zhu Y, Enguídanos S. When patients say they know about palliative care, how much do they really understand? *J Pain Symptom Manage* 2019; 58: 460–4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.008>
3. Rietjens JA, van der Heide A, Voogt E et al. Striving for quality or length at the end-of-life: attitudes of the Dutch general public. *Patient Educ Couns* 2005; 59: 158–63. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.012>
4. Groves RM. Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opin* 2006; 70: 646–75. <https://doi.org/10.1093/poq/nfl033>
5. Hellevik O. Extreme nonresponse and response bias. *Quality & Quantity* 2016; 50: 1969–91. <https://doi.org/10.1007/s11135-015-0246-5>
6. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Helsedirektoratet. Oslo 2018. [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer - Helsedirektoratet](#) (11.11.2022).
7. Førde R, Aasland OG. Are end-of-life practices in Norway in line with ethics and law? *Acta Anaesthesiol Scand* 2014; 58: 1146–50. <https://doi.org/10.1111/aas.12384>
8. Romøren M, Pedersen R, Førde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Med Ethics* 2016; 17: 5. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0088-2>
9. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol* 2003; 4: 312–8. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(03\)01079-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(03)01079-9)
10. Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase: Helsedirektoratet, 2018. [Lindrende behandling i livets slutfase - Helsedirektoratet](#) (11.11.2022).
11. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS 1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
12. Handlingsplan for forebygging av selvmord. Regjeringen 2020. [regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf](#) (11.11.2022).
13. Gamlund E, Solberg CT. Livshjelp eller dødshjelp? I: Gamlund E, Solberg CT, red. *Hva er døden*. Oslo: Universitetsforlaget, 2020: 74–9.
14. Magelssen M. Fem spor i dødshjelpsdebatten. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 21–34. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch1>
15. Magelssen M, Førde R. Etikk ved livets slutt. I: Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al, red. *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2020.
16. Brækhus LA. Undersøkelse: 1 av 4 mangler tillit til helsevesenet ved uhelbredelig sykdom. *ABC Nyheter* 1.12.2019. [Undersøkelse: 1 av 4 mangler tillit til helsevesenet ved uhelbredelig sykdom | ABC Nyheter](#) (11.11.2022).
17. Brelín S. Kan lindrende behandling fjerne behovet for dødshjelp? I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 193–211. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch10>

18. NOU 2017:16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. [NOU 2017: 16 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) (11.11.2022).
19. Sandvik RK, Selbaek G, Bergh S et al. Signs of imminent dying and change in symptom intensity during pharmacological treatment in dying nursing home patients: a prospective trajectory study. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 821–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.006>
20. Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase. Den norske Legeforening [retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf](https://www.legeforeningen.no) (legeforeningen.no) (11.11.2022).
21. Materstvedt LJ, Ottesen S, Hofacker S et al. Unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt. *Dagens Medisin* 29.01.2019. [Unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt - Debatt og kronikk - Dagens Medisin](https://www.dagensmedisin.no) (11.11.2022).
22. 2Livskvalitet. I: *Behandling av urininkontinens*. SBU-rapport nr. 143. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2000: 168–77. [Behandling av urininkontinens \(sbu.se\)](https://www.sbu.se) (11.11.2022).
23. Kleiven DJH, Hartling O, Ståhle F et al. Dødshjelp: Lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, Klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm, 2020: 51–73. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch3>
24. Førde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation* 2002; 55: 235–40. [https://doi.org/10.1016/s0300-9572\(02\)00270-8](https://doi.org/10.1016/s0300-9572(02)00270-8)
25. 2Case of Pretty v. The United Kingdom. Strasbourg 2002. Den europeiske menneskerettsdomstol 2002. [PRETTY v. THE UNITED KINGDOM \(coe.int\)](https://www.echr.coe.int) (11.11.2022).
26. Lambert and Others v. France. Strasbourg 2015. Den europeiske menneskerettsdomstol 2015. [HUDOC - European Court of Human Rights \(coe.int\)](https://www.echr.coe.int) (11.11.2022).
27. Nordland N. – Det var et overgrep at legene ikke lot far dø. NRK Nordland 01.04.2014. – Et overgrep at far ikke fikk dø – NRK Nordland (11.11.2022).
28. Medisinsk overaktivitet i livets slutfase. Den norske Legeforening. [PowerPoint-presentasjon \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no) (30.11.2022)

Svein Aarseth
svein.aarseth@legeforeningen.no
Medical Ethics Council
Norwegian Medical Association
PO Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
NORWAY

Svein Aarseth is a specialist in general practice and occupational medicine, and chair of the Medical Ethics Council.

*Morten Andreas Horn
hormor@ous-hf.no
Department of Neurology
Oslo University Hospital
PO Box 4950 Nydalen
NO-0424 Oslo*

Morten Andreas Horn, PhD, is a specialist in neurology and senior consultant at Oslo University Hospital. Member of the Medical Ethics Council 2018–21.

*Jørgen Dahlberg
jorgen.dahlberg@medisin.uio.no
Akershus University Hospital
and
Centre for Medical Ethics
Institute of Health and Society
University of Oslo*

Jørgen Dahlberg is a lawyer with practising certificate and senior consultant at Akershus University Hospital. He is also a part-time researcher at the Centre for Medical Ethics.

*Morten Magelssen
morten.magelssen@medisin.uio.no
Centre for Medical Ethics
Institute of Health and Society
University of Oslo
PO Box 1130 Blindern
NO-0318 Oslo
and
MF Norwegian School of Theology, Religion and Society
Oslo*

Morten Magelssen, PhD, MD, associate professor at the Centre for Medical Ethics and professor II in bioethics at MF Norwegian School of Theology, Religion and Society.

This article has been peer reviewed.

Nordmenns holdninger til legalisering av dødshjelp

Michael 2023; 20: 23–32.¹

Bakgrunn: Kunnskap om holdninger til dødshjelp (eutanasi og legeassistert selvmord) i befolkningen er viktig for å kunne ha en saklig diskusjon om et krevende tema.

Materiale og metode: Nettbasert undersøkelse til et representativt utvalg av voksne nordmenn. Respondentene tok stilling til fem påstander om legalisering av dødshjelp, definert som en samlebetegnelse på eutanasi og legeassistert selvmord, i ulike situasjoner. Svarene ble analysert med deskriptiv statistikk og logistisk regresjon.

Resultater: Undersøkelsen ble besvart av 1167 respondenter (svarprosent 23,7). Graden av støtte til legalisering varierer avhengig av pasientsituasjonen som beskrives. Støtten er sterkest ved legeassistert selvmord ved dødelig sykdom med kort forventet levetid. Her var 34 % svært enig og 34 % litt enig i legalisering, mens henholdsvis 10 % og 9 % var svært eller litt uenig. Aldersgruppen 30–44 år var mest positive til legalisering.

Fortolkning: Støtten til dødshjelp avhenger av indikasjonen. I de fleste situasjoner har mer enn halvparten et uavklart syn. Det er mindre støtte til dødshjelp ved psykiske lidelser og «et fullført liv». Befolkningen er mer positive til legalisering av dødshjelp enn det legene er.

Meningsmålinger indikerer vedvarende høy oppslutning om dødshjelp i befolkningen i Norge, som i andre vestlige land. I en undersøkelse fra 2015 var 38 % «svært enig» og 36 % «litt enig» i at legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid (1). I enklere meningsmålinger referert i medier angir gjerne mellom 60 % og 80 % støtte til legalisering av dødshjelp. Et eksempel er en opinions-

¹ English version [Norwegians' attitudes towards legalising assisted dying](https://www.michaeljournal.no) on www.michaeljournal.no.

undersøkelse i 2019, der tre av fire var for dødshjelp (2). Omtrent det samme finner man i andre skandinaviske land (3). En internasjonal oversiktsartikkel fra 2016 fant at støtten til legalisering var høy og økende i Vest-Europa, mens den i USA har vært jevnt høy (4). Sammenligning mellom studier kan være vanskelig fordi det ofte er brukt ulike definisjoner og spørsmålsformuleringer.

En studie av legers holdninger fra 2016 fant at henholdsvis 9 % og 21 % var «svært enig» eller «litt enig» i legalisering av legeassistert selvmord (5). I en ny, mindre studie fant man at 56 % av sykepleiere støttet slik legalisering (6).

Flere land gir adgang til dødshjelp i form av eutanasi, legeassistert selvmord eller begge deler (7). I Norge er de fleste politiske partier mot å legalisere dødshjelp. Opinionsundersøkelser vil kunne ha betydning for hva politikere vil mene om spørsmålet.

Vi presenterer her resultater fra en ny landsrepresentativ undersøkelse gjennomført høsten 2021. I tillegg til et oppdatert bilde av folkeopinionen, ønsket vi å få ny innsikt om hvordan holdningen til legalisering påvirkes av det aktuelle sykdomsbildet respondentene har i tankene når holdningen uttrykkes (dødelig sykdom, kronisk sykdom, psykisk sykdom, etc.).

Materiale og metode

Spørreskjemaet ble utviklet av forfatterne med utgangspunkt i tidligere brukte spørsmål og med innspill fra forskerkolleger (1, 9). I innledningen ble *dødshjelp* definert som en samlebetegnelse på *eutanasi* og *legeassistert selvmord* (3, 10). Eutanasi ble definert som «at en lege med hensikt forårsaker en persons død, ved å injisere dødbringende medikamenter, på personens forespørsel» (10). Videre het det at «ved legeassistert selvmord bringer legen til veie dødbringende medikamenter som personen kan innta selv». Selv om ordlyden er lett justert, er definisjonene innholdsmessig i tråd med definisjonene som ble brukt i studiene av befolkningens og legenes holdninger i 2015–16 (1, 5).

Respondentene ble bedt om å ta stilling til fem påstander om legalisering av dødshjelp. Svaralternativene var *svært uenig*, *litt uenig*, *verken enig eller uenig*, *litt enig*, *svært enig* og *vet ikke*. De fem påstandene var formulert nærmest likelydende som i de to tidligere undersøkelsene, slik at resultatene skulle kunne sammenlignes.

Undersøkelsen ble utført av analyseinstituttet Kantar. Kantars Gallup-panel består av ca. 40 000 personer og tilstreber å være representativt for den voksne befolkningen. Medlemmer av panelet ble kontaktet på e-post med invitasjon til å besvare skjemaet elektronisk. Når respondentene besvarte

undersøkelsen ble det regnet som implisitt samtykke til å delta. Undersøkelsen ble vurdert av personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. 629574) til å være i samsvar med personvernlovgivningen.

Ved panelundersøkelser er det vanlig å vekte svarene slik at respondenter som tilhører grupper som er underrepresentert i utvalget, gis høyere vekt. I tråd med dette er svarene vektet med tanke på alder, kjønn og bostedsregion (tabell 1). Data er analysert i SPSS 27 og presenteres med deskriptiv statistikk og logistisk regresjonsanalyse. I den sistnevnte er de som svarte «litt enig» og «svært enig» slått sammen, og respondenter som oppgir kristent (33,5 %) eller annet religiøst livssyn (2,3 %) er slått sammen.

Resultater

Skjemaet ble sendt ut til 4929 personer, hvorav 1167 besvarte undersøkelsen (svarprosent 23,7). Demografiske karakteristika ved respondentene fremgår i tabell 1.

Svarfordelingen på de fem spørsmålene om dødshjelp framgår av tabell 2. Det var sterkest støtte til legalisering av legeassistert selvmord for personer med dødelig sykdom og kort forventet levetid. Her var 34 % svært enig og 34 % litt enig i legalisering. Eutanasi i samme situasjon hadde noe lavere

		Uvektet (N (%))	Vektet (N (%))
Alder	Under 30 år	128 (11,0)	230 (19,7)
	30–44 år	330 (28,3)	299 (25,6)
	45–59 år	320 (27,4)	299 (25,6)
	60 år og eldre	389 (33,3)	340 (29,1)
Kjønn	Kvinne	610 (52,3)	579 (49,6)
	Mann	557 (47,7)	588 (50,4)
Utdanning	Grunnskole	48 (4,1)	44 (3,8)
	Videregående	268 (23,0)	283 (24,2)
	Fagskole	107 (9,2)	115 (9,8)
	Uniersitet/høgskole < 5 år	401 (34,4)	398 (34,1)
	Universitet/høgskole ≥ 5 år	343 (29,4)	328 (28,1)
Bostedsregion	Oslo og omegn	304 (26,0)	296 (25,3)
	Resten av Østlandet	295 (25,3)	300 (25,7)
	Sør- og Vestlandet	353 (30,2)	361 (30,9)
	Trøndelag/Nord-Norge	212 (18,2)	208 (17,8)

Tabell 1. Demografiske karakteristika ved respondentene.

	Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig	Ikke svart	Totalt
Legeassistert selvmord (at legen bringer til veie dødbringende medikamenter som pasienten inntar selv) bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid	119 (10,2)	104 (8,9)	148 (12,7)	396 (33,9)	396 (33,9)	4 (0,3)	1167 (100)
Eutanasi (at legen injiserer dødbringende medikamenter) bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid	159 (13,7)	146 (12,5)	174 (14,9)	375 (32,1)	310 (26,5)	3 (0,3)	1167 (100)
Dødshjelp (dvs. både legeassistert selvmord og eutanasi) bør tillates for personer som har en uhelbredelig kronisk sykdom, men ikke er døende	237 (20,3)	218 (18,7)	255 (21,9)	307 (26,3)	146 (12,5)	4 (0,3)	1167 (100)
Dødshjelp bør tillates for psykisk sykdom alene	530 (45,4)	274 (23,5)	219 (18,8)	101 (8,6)	38 (3,3)	5 (0,4)	1167 (100)
Dødshjelp bør tillates for personer som er livstrette og ønsker å dø, uten noen alvorlig sykdom	586 (50,2)	232 (19,9)	177 (15,2)	122 (10,5)	46 (4,0)	4 (0,4)	1167 (100)

Tabell 2 Holdninger til legalisering av dødshjelp. Antall (prosent).

oppslutning. På spørsmålet om legalisering av dødshjelp for kronisk sykdom fordelte respondentene seg nokså jevnt på svaralternativene. Kun et fåtall støttet dødshjelp for psykisk sykdom alene (3 % svært enig, 9 % litt enig) eller livstretthet uten alvorlig sykdom (4 % og 10 %).

Logistisk regresjonsanalyse viste at respondenter som var religiøse sjeldnere ga sin tilslutning til legalisering (tabell 3). Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller.

Alder predikerte holdninger til dødshjelp (tabell 3). Med alder som kontinuerlig variabel var det ingen/helt minimal effekt (odds ratio 0,99–1,00 for de tre spørsmålene analysert i tabell 3). Det var forskjeller i de fire aldersgruppene < 30 år, 30–44 år, 45–59 år og 60 år og eldre hver for seg: Aldersgruppen 30–44 år var gjennomgående mest positive til legalisering, mens de eldste (> 60

	Legeassistert selvmord ved kort levetid		Eutanasi ved kort levetid		Dødshjelp for kronisk sykdom	
	Bivariat	Multivariat	Bivariat	Multivariat	Bivariat	Multivariat
Kjønn (kvinne)	1,11 (0,86–1,42)	1,27 (0,97–1,65)	0,81 (0,64–1,02)	0,91 (0,71–1,16)	0,93 (0,73–1,17)	0,99 (0,78–1,27)
Alder < 30		0,93 (0,64–1,35)		1,51 (1,06–2,16)*		1,26 (0,88–1,80)
30–44		1,83 (1,27–2,65)**		1,89 (1,35–2,65)***		1,72 (1,24–2,39)**
45–59		1,44 (1,02–2,05)*		1,04 (0,75–1,43)		0,85 (0,61–1,20)
Religiositet	0,35 (0,27–0,45)***	0,34 (0,26–0,44)***	0,48 (0,37–0,61)***	0,52 (0,40–0,67)***	0,60 (0,47–0,78)***	0,65 (0,50–0,85)**

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Tabell 3. Betydningen av kjønn, alder og religiositet for om respondentene var litt/svært enige i legalisering av dødshjelp. Bivariate og multivariate regresjonsanalyser. For alder var > 60 år referansekategori. Oddsratio (95 % konfidensintervall).

år) var minst positive til legalisering. De yngste (< 30 år) var mer positive enn de eldste til legalisering av eutanasi ved kort levetid. Aldersgruppen 45–59 var mer positive enn de eldste til legalisering av legeassistert selvmord ved kort levetid, men skilte seg ellers ikke fra den eldste gruppen (60 år og eldre).

Holdningene til påstandene om henholdsvis legeassistert selvmord og eutanasi ved kort levetid korrelerte med korrelasjonskoeffisient 0,62 ($p < 0,001$).

Diskusjon

En tredel av respondentene var klart for legalisering av dødshjelp, en tiendedel var klart mot, og resten inntok et mellomstandpunkt. Færre var for legalisering ved kronisk livstruende sykdom, og svært få støttet dødshjelp ved psykisk sykdom og livstretthet.

Styrker og svakheter

En svakhet ved studien er den lave responsraten. Det gjør at responskjevhet ikke kan utelukkes. Lave responsrater er et problem i mange spørreundersøkelser (11), men analyser indikerer at svarene likevel kan være representative (12). Utvalget ble trukket fra et panel som er representativt for befolkningen, og svarene ble vektet ut fra demografiske parametere.

Sammenlikning med andre studier

I 2019 ble det utført to opinionsundersøkelser om holdninger til dødshjelp. I en undersøkelse var 51 % for (13) og i en meningsmåling var 77 % for å tillate «aktiv dødshjelp» i Norge (2). Undersøkelsene hadde ett enkeltstående spørsmål om legalisering samt enkle svarkategorier: ja/nei/vet ikke. Vår undersøkelse tillot respondentene å nyansere og kvalifisere sitt syn. Det kunne de gjøre på to måter: Ved å nyansere sin støtte til eller motstand mot legalisering med svaralternativene «litt enig» og «litt uenig», og ved å skjelne mellom de ulike situasjonene og kvalifisere sin støtte til legalisering til å gjelde noen situasjoner, men ikke andre.

Vi har i denne undersøkelsen lagt oss tett opp til spørsmålene og definisjonene fra en undersøkelse utført i 2015 (1), men bruker termen «dødshjelp» i stedet for «aktiv dødshjelp». De samme spørsmålene ble brukt i en undersøkelse av legers holdninger fra 2016 (5). I likhet med undersøkelsen fra 2015 viser vår undersøkelse at dødshjelp får støtte særlig ved dødelig sykdom med kort forventet levetid. Som før, er det lavere grad av støtte til legalisering for dødshjelp i andre situasjoner.

Befolkningen er klart mer positive til legalisering av dødshjelp enn det legene er (tabell 4). Mulige forklaringer kan være legeprofesjonens tradisjonelle motstand mot dødshjelp, og legers erfaringer med hvordan livets siste fase forløper og at det ofte er mulig å gi god lindrende behandling.

Befolkningens støtte til legalisering synes å ha gått noe ned, eller i hvert fall ikke økt, siden 2015. Men siden begge undersøkelser hadde lav svarprosent, må forskjeller tolkes med forsiktighet.

Studie	Legeassistert selvmord for dødelig sykdom		Eutanasi for dødelig sykdom		Dødshjelp for kronisk sykdom		Dødshjelp for livstretthet	
	Svært enig	Litt enig	Svært enig	Litt enig	Svært enig	Litt enig	Svært enig	Litt enig
Denne studien	34 %	34 %	27 %	32 %	13 %	26 %	4 %	10 %
Magelssen og medarbeidere 2016 (8) (befolkningsundersøkelse)	38 %	36 %	34 %	33 %	15 %	23 %	6 %	12 %
Gaasø og medarbeidere 2019 (5) (undersøkelse blant leger)	9 %	22 %	8 %	17 %	4 %	9 %		

Tabell 4. Sammenlikning av tre undersøkelser av holdninger til legalisering av dødshjelp. Andelen som svarte «svært enig» og «litt enig» oppgis for fire nøkkelspørsmål.

I internasjonale studier er det en tendens til at respondenter som er yngre, høyere utdannet, menn og ikke-religiøse oftere oppgir å støtte legalisering av dødshjelp (14). I vår studie var ikke-religiøse oftere for legalisering, mens vi ikke fant kjønnsforskjeller (tabell 3). Aldersgruppen 30–44 år var mest positive til legalisering, og mer positive enn den yngste gruppen (< 30 år). Det sistnevnte var et overraskende funn.

Konsekvenser av funnene

Nyansene i svaralternativene åpner for ulike fortolkninger av resultatene. En mye brukt fortolkning ville være å slå sammen de som er svært og litt enig i én gruppe av enige, mens man slår sammen de som er svært og litt uenige i én gruppe av uenige. Da fremgår det blant annet at 68 % er positive til legeassistert selvmord til personer med dødelig sykdom og kort forventet levetid. For eutanasi er tallet 59 %.

Det er imidlertid også en annen måte å fortolke svarene på: Trolig kan kun de som er «svært enig» og «svært uenig» tas til sikker inntekt for henholdsvis legalisering og fortsatt forbud. Respondentene i de tre kategoriene i midten – «litt enig», «verken enig eller uenig» og «litt enig» – har det til felles at de ikke har et helt avgjort syn på spørsmålet. Med denne fortolkningen deles respondentene i tre: de som er henholdsvis klart for og klart mot legalisering, og den store gruppen i midten. Våre tall viser at størrelsen på denne gruppen i midten varierer avhengig av detaljer i spørsmålsstillingen, med henhold til hva slags dødshjelp det spørres om, og hva slags pasienter det skal gjelde for. På de tre første spørsmålene i undersøkelsen utgjør denne ubestemte gruppen fra 56 til 67 % (tabell 2).

Kanskje gir denne tredelingen av respondentene *i klart for, klart mot, og verken klart for eller mot*, et vel så riktig bilde som den tradisjonelle todelingen i for/mot. Ikke minst gir tredelingen bedre innsikt i hva som styrer befolkningens holdning til dødshjelp, og hvilke betingelser en eventuell dødshjelpslov vil måtte oppfylle for å få støtte fra et flertall i befolkningen.

En tredel av befolkningen er klart for dødshjelp, og vil neppe la seg påvirke av den offentlige debatten, eller av detaljer i et lovforslag. I denne kategorien kan det tenkes at man finner personer som har hatt sterke negative erfaringer som pårørende til vanskelige dødsleier, eller personer som har et prinsipielt standpunkt dypt festet i frihetsverdier. En mindre gruppe, 10 %, er klart mot dødshjelp, og vil neppe la seg overtale til å gå inn for dødshjelp. I denne kategorien kan man finne personer med en sterkt religiøst fundert motstand mot dødshjelp (14), men også mange leger (5). Hvilket endelig standpunkt den store gruppen i midten vil ende opp på, vil kunne ha betydning for eventuell lovgivning på området. Her finner vi

trolig mennesker som ser argumenter mot og argumenter for legalisering av dødshjelp. De vil trolig stille ulike krav til hvordan en dødshjelpslov skulle være utformet, hvem den skulle gjelde for, hvordan den skal håndheves. Dette kommer til syne i spørsmålene vi har stilt om holdningen til dødshjelp i ulike situasjoner. Det betyr noe for respondentene hva slags dødshjelp det spørres om.

Sterkest kommer dette til uttrykk i spørsmålene om dødshjelp til pasienter med psykisk sykdom alene, eller pasienter som er livstrette uten noen alvorlig sykdom. Der er 45–50 % svært uenige, mens bare 3–4 % er svært enige i at dødshjelp bør legaliseres i disse situasjonene. Det er altså hovedsakelig ved dødelig sykdom med kort forventet levetid at nordmenn støtter en åpning for dødshjelp, ikke i andre situasjoner. I lys av dette er det interessant at eksisterende dødshjelpslover i noen land, slik som i Nederland, tillater dødshjelp ved psykisk sykdom alene (15). Det pågår også en debatt i Nederland om hvorvidt dødshjelp skal kunne gis til eldre mennesker som har levd det som kalles «completed lives» (16). I Canada, som innførte dødshjelp i 2016, pågår nå en debatt om hvorvidt psykisk lidelse alene skal kunne kvalifisere for dødshjelp (17). Det er ingen selvfølge at dødshjelp, dersom det først blir legalisert, vil kunne begrenses til personer med somatisk lidelse med dødelig utgang og kort forventet levetid.

Konklusjon

Befolkningen uttrykker støtte til legalisering av dødshjelp i noen situasjoner, sterkest ved legeassistert selvmord ved dødelig sykdom med kort forventet levetid. Like fullt er det bare et mindretall som inntar ytterstandpunktene «svært enig» eller «svært uenig» i legalisering. En stor andel av respondentene tilhører den mer ubestemte gruppen i midten. Befolkningen er mer positive til legalisering av dødshjelp enn det legene er. Støtten avhenger sterkt av hvordan dødshjelpen er tenkt avgrenset. Befolkningens støtte til legalisering synes å ha gått noe ned, eller i hvert fall ikke økt, siden 2015. Men siden begge undersøkelser hadde lav svarprosent, må forskjeller tolkes med forsiktighet.

Litteratur

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. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0107-3>
2. Andersen JE, Skogrand M. Tre av fire sier ja til aktiv dødshjelp. *Dagbladet* 1.3.2019; [Tre av fire sier ja til aktiv dødshjelp \(dagbladet.no\)](https://www.dagbladet.no/2019/03/01/nyheter/1800863) (16.10.2022).
3. Kleiven DJH, Hartling O, Ståhle F et al. Dødshjelp: Lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, Klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm, 2020: 51–73. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch3>
4. 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. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
5. Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B et al. Legers holdning til aktiv dødshjelp. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2019; 139. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.03916>.
6. Hol H, Vatne S, Orøy A et al. Norwegian nurses' attitudes toward assisted dying: a cross-sectional study. *Nursing: Research and Reviews* 2022; 12: 101–9. <https://doi.org/10.2147/NRR.S3636707>
7. Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World: <https://euthanasia.procon.org/euthanasia-physician-assisted-suicide-pas-around-the-world/> (16.10.2022).
8. 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. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0107-3>
9. NOBAS – Norwegian Bioethics Attitude Survey. Rapport 2015: <http://bioetikk.no/wp-content/uploads/2018/05/NOBAS-rapport-2015.pdf> (16.10.2022).
10. Magelssen M. Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten. I: Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021: 35–49. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch2>
11. Groves RM. Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opin* 2006; 70: 646–75. <https://doi.org/10.1093/poq/nfl033>
12. Hellevik O. Extreme nonresponse and response bias. *Quality & Quantity* 2016; 50: 1969–91. <https://doi.org/10.1007/s11135-015-0246-5>
13. Giæver O, Knipperud T. 51 prosent sier ja til aktiv dødshjelp. ABC Nyheter. Oslo: [Ny undersøkelse: 51 prosent sier ja til aktiv dødshjelp | ABC Nyheter](https://www.abcnyheter.no/51-prosent-sier-ja-til-aktiv-dodshjelp) (16.10.2022).
14. Sabriseilabi S, Williams J. Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Stud* 2022; 46: 1149–56. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1800863>
15. Román S. Psykiatri och dödshjälp. I: Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021: 213–33. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch11>
16. Holm S. Er det at blive gammel tilstrækkelig årsag til dødshjælp? I: Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021: 235–48. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch12>
17. Third annual report on Medical Assistance in Dying in Canada 2021. Toronto: Government of Canada, 2022. [Third annual report on Medical Assistance in Dying in Canada 2021 - Canada.ca](https://www24.intelcom.ca/ThirdAnnualReportOnMedicalAssistanceInDyingInCanada2021-Canada.ca) (11.11.2022).

*Svein Aarseth
svein.aarseth@legeforeningen.no
Rådet for legeetikk. Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo*

Svein Aarseth er spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin og leder i Rådet for legeetikk.

*Morten Andreas Horn
hormor@ous-hf.no
Neurologisk avdeling
Oslo universitetssykehus
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo*

Morten Andreas Horn er spesialist i nevrologi og overlege ved Oslo universitetssykehus. Han var medlem av Rådet for legeetikk 2018–2021.

*Morten Magelssen
morten.magelssen@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern. 0318 Oslo
og
MF vitenskapelig høyskole, Oslo*

Morten Magelssen er lege, førsteamanuensis ved Senter for medisinsk etikk og professor II i bioetikk ved MF vitenskapelig høyskole.

*Magne Supphellen
magne.supphellen@nhh.no
Norges Handelshøyskole
Helleveien 30
5045 Bergen*

Magne Supphellen er siviløkonom, dr.oecon. og professor ved Norges Handelshøyskole.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Norwegians' attitudes towards legalising assisted dying

Michael 2023; 20: 23–33. (English version)

Background: Knowledge of the population's attitudes towards assisted dying (euthanasia and physician-assisted suicide) is important to enable an informed discussion about a difficult topic.

Material and method: An online survey of a representative sample of adults in Norway. The respondents were asked to take a position on five statements about the legalisation of assisted dying, defined as an umbrella term that covers euthanasia and physician-assisted suicide, in different situations. The responses were analysed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: A total of 1167 people completed the survey (response rate 23.7%). The degree of support for the legalisation of assisted dying varies depending on the patient situation in question. Support is strongest for physician-assisted suicide in terminally ill patients with a short remaining life expectancy. Here, 34% strongly agreed and 34% agreed to some extent with legalisation, while 10% and 9% strongly disagreed or disagreed to some extent, respectively. The 30–44 age group was most in favour of legalisation.

Interpretation: Support for assisted dying depends on the indication. In most situations, more than half are undecided. There is less support for assisted dying in cases of mental disorders and 'completed lives'. The population is more in favour of the legalisation of assisted dying than doctors.

Opinion polls indicate a persistently high level of support for assisted dying among the population in Norway, as in other Western countries. In a survey from 2015, 38% 'Strongly agreed' and 36% 'Agreed to some extent' that physician-assisted suicide should be permitted for terminally ill patients with a short remaining life expectancy (1). In opinion polls reported by the media, between 60% and 80% of respondents normally show support for the legalisation of assisted dying. For example, in a public opinion survey conducted

in Norway in 2019, three out of four respondents were in favour of assisted dying (2). This is roughly the same as in other Scandinavian countries (3). An international literature review from 2016 found that support for legalisation was high, and growing, in Western Europe, while in the United States it has been consistently high (4). Comparisons between studies are often difficult because of the differences in definitions and the wording of questions.

A study of doctors' attitudes from 2016 found that 9% and 21% 'Strongly agreed' or 'Agreed to some extent', respectively, with the legalisation of physician-assisted suicide (5). In a recent, smaller study, it was found that 56% of nurses supported such legalisation (6).

Several countries allow assisted dying in the form of euthanasia, physician-assisted suicide or both (7). In Norway, most political parties are against legalising assisted dying. Public opinion surveys can influence politicians' views on the subject.

In this article, we present results from a recent nationally representative survey carried out in Norway in the autumn of 2021. In addition to updating our understanding of public opinion, we wanted to gain new insight into how attitudes towards legalisation are affected by the clinical picture that respondents are envisioning when describing their attitude (terminal illness, chronic illness, mental illness, etc.).

Material and method

The survey was initiated and financed by the Medical Ethics Council. This was reflected in the questionnaire. The questionnaire was developed by the authors based on questions asked previously and on input from research colleagues (1, 8). In the introduction, *assisted dying* was defined as an umbrella term for *euthanasia* and *physician-assisted suicide* (3, 9). Euthanasia was defined as 'a doctor intentionally bringing about a person's death by injecting lethal drugs at the person's request' (9). Physician-assisted suicide was defined as follows: 'a doctor provides lethal drugs that the person self-administers'. Although the wording has been slightly adjusted, the definitions are in line with those used in the studies of the population's and doctors' attitudes in 2015–16 (1, 5).

The respondents were asked to take a position on five statements about the legalisation of assisted dying. The response alternatives were 'Strongly disagree', 'Disagree to some extent', 'Neither agree nor disagree', 'Agree to some extent', 'Strongly agree' and 'Don't know'. The five statements had almost exactly the same wording as in the two previous surveys, making the results comparable.

The survey was conducted by Kantar, a data analysis company. Kantar's Gallup panel consists of approximately 40,000 people and strives to be representative of the adult population. An invitation was emailed to members of the panel with a request to answer an online questionnaire. Responding to the survey was considered implicit consent to participate. The data protection officer at the Norwegian Centre for Research Data (NSD, ref. 629574) considered the survey to be in accordance with data protection legislation.

In panel surveys, a higher weighting is normally given to the answers of respondents who belong to groups that are underrepresented in the sample. In line with this, the answers are weighted with regard to age, gender and region of residence (Table 1). The data were analysed using SPSS 27 and presented using descriptive statistics and logistic regression. In the latter, the answers of those who indicated 'Agree to some extent' and 'Strongly agree' were combined, as were the answers 'Christian' (33.5%) and 'Other religious worldview' (2.3 %).

Results

The questionnaire was sent to 4929 people, 1167 of whom completed the survey (response rate 23.7%). The demographics of respondents are shown in Table 1.

Table 2 gives a breakdown of responses to the five statements about assisted dying. The strongest support for the legalisation of physician-assisted suicide was seen for terminally ill patients with a short remaining life expectancy. Here, 34% strongly agreed and 34% agreed to some extent with legalisation. Euthanasia in the same situation had somewhat less support. On the question of legalising assisted dying for chronically ill patients, the responses were fairly evenly distributed between the different alternatives. Only a few supported assisted dying for mental illness alone (3% strongly agreed, 9% agreed to some extent) or tiredness of life without serious illness (4% and 10%).

Logistic regression analysis showed that respondents who were religious were less likely to support legalisation (Table 3). There were no significant gender differences.

Attitudes towards assisted dying varied between age groups, but with age as a continuous variable there was no/minimal effect (odds ratio 0.99–1.00 for the three statements analysed in Table 3). Differences were found across each of the four age groups < 30 years, 30–44 years, 45–59 years, and 60 years and over: the 30–44 age group was consistently most in favour of legalisation, while the oldest group (60 years and over) were least in favour of legalisation. The youngest group (< 30 years) was more in favour than

the oldest group of the legalisation of euthanasia in cases of a short remaining life expectancy. The 45–59 age group was more in favour than the oldest group of the legalisation of physician-assisted suicide in cases of a short remaining life expectancy, but otherwise did not differ from the oldest group (60 years and over).

The attitudes towards physician-assisted suicide and euthanasia respectively in cases of a short remaining life expectancy had a correlation coefficient of 0.62 ($p < 0.001$).

Discussion

One-third of the respondents were strongly in favour of the legalisation of assisted dying, one-tenth were strongly against it, and the rest were somewhere in between. Fewer were in favour of legalisation in cases of chronic life-threatening illness, and very few supported assisted dying in cases of mental illness and life fatigue.

Strengths and weaknesses

One of the weaknesses of the study is the low response rate. This means that response bias cannot be ruled out. Low response rates are a problem

		Unweighted (N (%))	Weighted (N (%))
Age	Below 30 years	128 (11.0)	230 (19.7)
	30–44 years	330 (28.3)	299 (25.6)
	45–59 years	320 (27.4)	299 (25.6)
	60 years and over	389 (33.3)	340 (29.1)
Gender	Female	610 (52.3)	579 (49.6)
	Male	557 (47.7)	588 (50.4)
Education	Primary/lower secondary school	48 (4.1)	44 (3.8)
	Upper secondary school	268 (23.0)	283 (24.2)
	Vocational college	107 (9.2)	115 (9.8)
	University/university college <5 years	401 (34.4)	398 (34.1)
	University/university college ≥5 years	343 (29.4)	328 (28.1)
Region of residence	Oslo and area	304 (26.0)	296 (25.3)
	Remainder of Eastern Norway	295 (25.3)	300 (25.7)
	Southern and Western Norway	353 (30.2)	361 (30.9)
	Trøndelag/Northern Norway	212 (18.2)	208 (17.8)

Table 1. Demographics of the respondents.

	Strongly disagree	Disagree to some extent	Neither agree nor disagree	Agree to some extent	Strongly agree	Did not answer	Total
Physician-assisted suicide (a doctor provides lethal drugs that the person self-administers) should be permitted in terminally ill patients with a short remaining life expectancy	119 (10.2)	104 (8.9)	148 (12.7)	396 (33.9)	396 (33.9)	4 (0.3)	1167 (100)
Euthanasia (a doctor injects lethal drugs) should be permitted in terminally ill patients with a short remaining life expectancy	159 (13.7)	146 (12.5)	174 (14.9)	375 (32.1)	310 (26.5)	3 (0.3)	1167 (100)
Assisted dying (i.e. both physician-assisted suicide and euthanasia) should be permitted in patients with an incurable chronic illness, but not terminally ill	237 (20.3)	218 (18.7)	255 (21.9)	307 (26.3)	146 (12.5)	4 (0.3)	1167 (100)
Assisted dying should be permitted in the case of mental illness alone	530 (45.4)	274 (23.5)	219 (18.8)	101 (8.6)	38 (3.3)	5 (0.4)	1167 (100)
Assisted dying should be permitted for people with tiredness of life who want to die but have no serious illness	586 (50.2)	232 (19.9)	177 (15.2)	122 (10.5)	46 (4.0)	4 (0.4)	1167 (100)

Table 2 Attitudes towards the legalisation of assisted dying. Number and (percentage).

in many surveys (10), but analyses indicate that the responses may still be representative (11). The sample was drawn from a panel that is representative of the population, and the answers were weighted based on demographic parameters.

Comparisons with other studies

In 2019, two public opinion surveys were conducted on attitudes towards assisted dying. In one survey, 51% were in favour (12), and in an opinion poll, 77% were in favour of legalising ‘active euthanasia’ in Norway (2). The surveys consisted of a single question about legalisation and ‘Yes’, ‘No’,

		Physician-assisted suicide with short remaining life expectancy		Euthanasia with short remaining life expectancy		Assisted dying for chronic illness	
		Bivariate	Multivariate	Bivariate	Multivariate	Bivariate	Multivariate
Gender		1.11	1.27	0.81	0.91	0.93	0.99
(Female)		(0.86–1.42)	(0.97–1.65)	(0.64–1.02)	(0.71–1.16)	(0.73–1.17)	(0.78–1.27)
Age	< 30		0.93		1.51		1.26
			(0.64–1.35)		(1.06–2.16)*		(0.88–1.80)
	30–44		1.83		1.89		1.72
			(1.27–2.65)**		(1.35–2.65)***		(1.24–2.39)**
	45–59		1.44		1.04		0.85
			(1.02–2.05)*		(0.75–1.43)		(0.61–1.20)
Religiosity		0.35	0.34	0.48	0.52	0.60	0.65
		(0.27–0.45)***	(0.26–0.44)***	(0.37–0.61)***	(0.40–0.67)***	(0.47–0.78)***	(0.50–0.85)**

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Table 3. The importance of gender, age and religiosity for whether the respondents agreed strongly or to some extent with the legalisation of assisted dying. Bivariate and multivariate regression analyses. For age, > 60 years was the reference category. Odds ratio (95% confidence interval).

‘Don’t know’ response alternatives. Our survey allowed respondents to nuance and qualify their views. They could do this in two ways: by nuancing their support for or opposition to legalisation with the response alternatives ‘Agree to some extent’ and ‘Disagree to some extent’, and by making a distinction between the different situations, and qualifying their support for legalisation as applying to some situations but not others.

In this survey, we have closely followed the questions and definitions from a survey conducted in 2015 (1), but use the term ‘assisted dying’ instead of ‘active euthanasia’. The same questions were used in a survey of doctors’ attitudes from 2016 (5). As with the survey from 2015, our survey shows that there is support for assisted dying, particularly in terminally ill patients with a short remaining life expectancy. As before, there is less support for the legalisation of assisted dying in other situations.

The population is much more in favour of the legalisation of assisted dying than doctors (Table 4). Possible explanations could be the medical profession’s traditional opposition to assisted dying, and doctors’ experiences with the end-of-life phase and knowledge that it is often possible to provide good palliative care.

The population’s support for legalisation seems to have decreased somewhat, or at least not increased, since 2015. However, since both surveys had a low response rate, differences must be interpreted with caution.

In international studies, younger, highly educated, male and non-religious respondents tend to be more supportive of the legalisation of assisted dying (13). In our study, those who were non-religious were more often in favour of legalisation, and no gender difference was found (Table 3). The age group 30–44 years was most in favour of legalisation, and more in favour than the youngest group (< 30 years), which was a surprising finding.

Implications of the findings

The nuances in the response alternatives allow for different interpretations of the results. A widely used interpretation would be to combine those who strongly agree and agree to some extent into a single group of ‘Agree’, and to combine those who strongly disagree and disagree to some extent into a single group of ‘Disagree’. This would mean that 68% of respondents are in favour of physician-assisted suicide in terminally ill patients with a short remaining short life expectancy. The corresponding figure for euthanasia is 59%.

However, there is also another way to interpret the answers: only those who ‘Strongly agree’ and ‘Strongly disagree’ can be considered as absolutely in favour of or opposed to legalisation, respectively. The respondents in the three categories in the middle – ‘Disagree to some extent’, ‘Neither agree nor disagree’ and ‘Agree to some extent’ – could be viewed as not being fully decided on the matter. In this interpretation, the respondents are divided into

Studie	Physician-assisted suicide for terminal illness		Euthanasia for terminal illness		Assisted dying for chronic illness		Assisted dying for life fatigue	
	Strongly agree	Agree to some extent	Strongly agree	Agree to some extent	Strongly agree	Agree to some extent	Strongly agree	Agree to some extent
This study	34	34	27	32	13	26	4	10
Magelssen et al. 2016 (8) (survey of the public)	38	36	34	33	15	23	6	12
Gaasø et al. 2019 (5) (survey of doctors)	9	22	8	17	4	9		

Table 4. Comparison of three surveys of attitudes towards the legalisation of assisted dying. The proportion who answered ‘Strongly agree’ and ‘Agree to some extent’ is shown for four key statements (%).

three: those who are strongly in favour of legislation, those who are strongly against legalisation, and the large group in the middle. Our figures show that the size of this group in the middle varies depending on the specifics of the question, according to what type of assisted dying is being asked about, and what patients it would apply to. This undecided group constitutes between 56% and 67% in the first three questions in the survey (Table 2).

Perhaps this three-way split of respondents into *strongly in favour of*, *strongly against*, and *neither strongly for nor against*, gives just as accurate a picture as the traditional dichotomy of for/against. The three-way split certainly provides better insight into what steers the population's attitudes towards assisted dying, and what conditions a potential law on assisted dying would have to meet in order to gain support from a majority of the population.

A third of the population is strongly in favour of assisted dying, and is unlikely to be influenced by public discourse or by details in a parliamentary bill. It is conceivable that this category includes people who have had intensely negative experiences as the family of someone who had a difficult death, or people who have a principled position deeply rooted in human rights. A small group, 10%, is strongly against assisted dying, and are unlikely to be swayed into changing their minds. This category includes people whose opposition is rooted in a deeply religious conviction (13), as well as many doctors (5). The final position decided by the large group in the middle could have an impact on potential legislation in the area. We assume that this group includes people who see arguments for and arguments against the legalisation of assisted dying. They are likely to have certain requirements for the design of a potential law on assisted dying, whom it should apply to, and how it should be enforced. This is reflected in the responses to the statements on attitudes towards assisted dying in different situations.

The type of assisted dying matters to the respondents. This is most strongly expressed in response to the statements about assisted dying for patients with mental illness alone, or patients with tiredness of life but no serious illness. Here, 45–50% strongly disagree, while only 3–4% strongly agree that assisted dying should be legalised in these situations. It is therefore mainly in cases of terminal illness with a short remaining life expectancy that Norwegians support the possibility of assisted dying, not in other situations. In light of this, it is interesting to note that existing laws on assisted dying in some countries, such as the Netherlands, allow assisted dying in the case of mental illness alone (14). There is also an ongoing debate in the Netherlands about whether assisted dying should be allowed for older people who have lived what is referred to as a 'completed life' (15). In Canada, which introduced assisted dying in 2016, there is now a debate on whether

mental illness alone should qualify people for assisted dying (16). It cannot be assumed that assisted dying, if it is legalised, will be limited to people with a somatic disorder with a fatal outcome and a short life expectancy.

Conclusion

The population expresses support for the legalisation of assisted dying in some situations, most strongly in the case of physician-assisted suicide in terminally ill patients with a short remaining life expectancy. However, only a minority take the extreme positions of 'Strongly agree' or 'Strongly disagree'. A large proportion of respondents belong to the more undecided group in the middle. The population is more in favour of the legalisation of assisted dying than doctors. The support is heavily dependent on how assisted dying might be delineated. The population's support for legalisation seems to have decreased somewhat, or at least not increased, since 2015. However, since both surveys had a low response rate, differences must be interpreted with caution.

References

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. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0107-3>
2. Andersen JE, Skogrand M. Tre av fire sier ja til aktiv dødshjelp. *Dagbladet* 1.3.2019; *Tre av fire sier ja til aktiv dødshjelp* (dagbladet.no) (16.10.2022).
3. Kleiven DJH, Hartling O, Ståhle F et al. Dødshjelp: Lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, Klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm, 2020: 51–73. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch3>
4. 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. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
5. Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B et al. Legers holdning til aktiv dødshjelp. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2019; 139. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0391>
6. Hol H, Vatne S, Orøy A et al. Norwegian nurses' attitudes toward assisted dying: a cross-sectional study. *Nursing: Research and Reviews* 2022; 12: 101–9. <https://doi.org/10.2147/NRR.S363670>
7. Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World: <https://euthanasia.procon.org/euthanasia-physician-assisted-suicide-pas-around-the-world/> (16.10.2022).
8. NOBAS – Norwegian Bioethics Attitude Survey. Rapport 2015: <http://bioetikk.no/wp-content/uploads/2018/05/NOBAS-rapport-2015.pdf> (16.10.2022).
9. Magelssen M. Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten. I: Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021: 35–49. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch2>

10. Groves RM. Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opin* 2006; 70: 646–75. <https://doi.org/10.1093/poq/nfl033>
11. Hellevik O. Extreme nonresponse and response bias. *Quality & Quantity* 2016; 50: 1969–91. <https://doi.org/10.1007/s11135-015-0246-5>
12. Giæver O, Knipperud T. 51 prosent sier ja til aktiv dødshjelp. ABC Nyheter. Oslo: Ny undersøkelse: 51 prosent sier ja til aktiv dødshjelp | ABC Nyheter (16.10.2022).
13. Sabriseilabi S, Williams J. Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Stud* 2022; 46: 1149–56. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1800863>
14. Román S. Psykiatri och dödshjälp. I: Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021: 213–33. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch11>
15. Holm S. Er det at blive gammel tilstrækkelig årsag til dødshjælp? I: Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021: 235–48. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch12>
16. Third annual report on Medical Assistance in Dying in Canada 2021. Toronto: Government of Canada, 2022. Third annual report on Medical Assistance in Dying in Canada 2021 - Canada.ca (11.11.2022).

Svein Aarseth
svein.aarseth@legeforeningen.no
Medical Ethics Council
Norwegian Medical Association
PO Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo

Svein Aarseth is a specialist in general practice and occupational medicine, and chair of the Medical Ethics Council.

Morten Andreas Horn
hormor@ous-hf.no
Department of Neurology
Oslo University Hospital
PO Box 4950 Nydalen
NO-0424 Oslo

Morten Andreas Horn, PhD, is a specialist in neurology and senior consultant at Oslo University Hospital. Member of the Medical Ethics Council 2018–21.

*Morten Magelssen
morten.magelssen@medisin.uio.no
Centre for Medical Ethics
Institute of Health and Society
University of Oslo
PO Box 1130 Blindern
NO-0318 Oslo
and
MF Norwegian School of Theology, Religion and Society
Oslo*

Morten Magelssen, PhD, MD, associate professor at the Centre for Medical Ethics and professor II in bioethics at MF Norwegian School of Theology, Religion and Society.

*Magne Supphellen
magne.supphellen@nhh.no
Norwegian School of Economics
Helleveien 30
NO-5045 Bergen*

Magne Supphellen holds a Dr. Oecon degree, is a business economist, and a professor at the Norwegian School of Economics.

This article has been peer reviewed.

Dødshjelp – terminologi og forutsetninger

Michael 2023; 20: 33–9.

Det hevdes stadig at «dødshjelp kommer», det er bare et spørsmål om tid. Dersom det skulle skje, må lovgiverne finne ut hvordan en dødshjelpslov skal se ut. Hvordan skal vi lage en lov som avgrenser hvem som skal få ja og hvem som skal få nei, på en entydig, rettferdig og forsvarlig måte?

Sammen med Siri Brelin har jeg tatt til orde for at norske leger bør diskutere dødshjelp, og for at Legeforeningen bør holde fast ved sitt nei til dødshjelp i Norge (1). Meningsmålinger viser derimot at befolkningen er positiv til dødshjelp (2), og stadig flere land rundt oss innfører dette.

For å kunne føre en saklig og produktiv debatt om et tema der meninger og verdier står steilt mot hverandre, er det viktig at vi kan samles om en felles begrepsbruk. I dødshjelpsdebatten benyttes et vell av betegnelser om hverandre, noe som fører til et uoversiktlig ords kifte der vi lett snakker forbi hverandre. Det blir ikke bedre av at mange bruker terminologien som en del av argumentasjonen. Man velger verdiladete ord som blir et argument i seg selv. Jeg, for eksempel, mener egentlig at ordet *avlivning* er et godt norsk uttrykk som mest presist beskriver det vi snakker om. Vi avliver dyr som lider – og mange bruker nettopp dette som et argument for at vi også bør kunne hjelpe lidende mennesker til å dø. Men hvis jeg bruker dette ordet, vil mange dødshjelpstilhengere steile. Det de snakker om, er *selvbestemt livsavslutning*. Dette er en strategi Foreningen Retten til en verdig død vedtok for noen år siden. Det gir seg selv – ordet «selvbestemt» gir assosiasjon til «selvbestemt abort», som vi i Norge har innført for lengst, og som de fleste er positive til. «Livsavslutning» er en åpenbar eufemisme for det at legen tar livet av pasienten, eller hjelper pasienten med å begå selvmord.

I norsk offentlighet har uttrykket *aktiv dødshjelp* lenge vært dominerende, og er antakelig det uttrykket flest mennesker forbinder med dette temaet.

Problemet med dette uttrykket er det skaper inntrykk av at det også finnes en form for «passiv dødshjelp». Det siste uttrykket har vi i Norge gått bort fra, og erstattet med *behandlingsbegrensning*. Årsaken er åpenbar: Pasienter som ber om å få slippe antibiotika, hjerte-lunge-redning og andre livsforlengende medisinske tiltak, slik at de kan få dø av sin grunnsykdom, får ikke hjelp *til* å dø. De får hjelp *mens* de dør – og den hjelpen er langt fra passiv. Det å gi god, persontilpasset dødsomsorg er krevende, for både helsepersonell, pårørende og andre som står rundt dødsleiet. Det er også slik, både i Norge som forbyr dødshjelp, og i Nederland hvor dødshjelp er blitt en vanlig måte å dø på, at legene skiller skarpt mellom de to handlingene.

I antologien *Dødshjelp i Norden?* skriver Morten Magelssen om hvorfor vi har foreslått det enklere begrepet *dødshjelp* som samlebetegnelse for de to viktigste måtene å hjelpe folk å dø på: eutanasi og legeassistert selvmord (ramme 1) (3). Min erfaring gjennom over ti års deltakelse i norsk dødshjelpsdebatt er at folk flest forstår dette begrepet. Det er en eufemisme, synes jeg. Dødshjelpstilhengerne synes kanskje det er for brutalt. Dermed er det et godt kompromiss ingen er helt fornøyd med, så kan vi samles om det, og heller diskutere det som virkelig betyr noe.

Dødshjelpsdebatten følger fem spor

Magelssen og jeg har skissert «Fem spor i dødshjelpsdebatten» (4). Dette svære sakskomplekset – som rommer filosofi, etikk, medisin, juss, men-

Ramme 1. Foreslåtte begreper og definisjoner til bruk i dødshjelpsdebatten (3)

Eutanasi: At helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å injisere dødbringende medikamenter, på personens forespørsel.

Assistert selvmord: Å bidra til å forårsake personens død med hensikt, ved å bringe til veie dødbringende medikamenter som personen kan innta selv, på personens forespørsel.

Dødshjelp: En samlebetegnelse på eutanasi og assistert selvmord.

Medisinsk drap uten forespørsel: At helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å administrere dødbringende medikamenter, uten personens forespørsel.

Behandlingsbegrensning (synonym: begrensning av livsforlengende behandling): Å avslutte, eller ikke starte, potensielt livsforlengende behandling hos en alvorlig syk pasient.

neskerettigheter, samfunnsperspektiver – kan deles inn i (minst) fem ulike hovedområder, eller spor (ramme 2). Noen er f.eks. opptatt av om det finnes en rett til å bestemme over egen død. Andre er opptatt av hvordan dødshjelp kan påvirke sårbare individer. Vi leger har lov å være opptatt av hva dødshjelp vil gjøre med vår egen arbeidsdag. Alle disse diskusjonene, disse sporene, er både viktige og legitime. Men hvis vi skal diskutere alt på en gang, f.eks. i en paneldebatt, blir det fort ganske kaotisk. Det lønner seg å strukturere debatten litt – disse sporene er et bidrag til det.

Ett poeng med å dele dødshjelpsdebatten inn i spor, er at vi slik kan oppdage noe viktig: Hansen og Jensen kan være uenig om det bør være en menneskerettighet å få ta sitt liv – men de kan være helt enig om at hvis dødshjelp skal legaliseres, bør leger få reservasjonsrett. Pettersen kan mene at dødshjelp i prinsippet er etisk akseptabelt, men at en foreslått dødshjelpslov blir altfor liberal. Hvis vi diskuterer hvert spor for seg, blir det lettere å se hva vi er enig om, og hva vi må jobbe videre med.

Hvordan skal dødshjelp avgrenses?

For meg har hele tiden det viktigste sporet i dødshjelpsdebatten vært dette: Hvis Stortinget vil legalisere dødshjelp i Norge – hvordan skal i så fall en dødshjelpslov se ut (5)? Jeg tar for gitt at dødshjelp ikke skal være tillatt i alle tilfeller, og at det skal gjelde visse kriterier. Hvordan skal vi lage en lov som avgrenser hvem som skal få ja og hvem som skal få nei, på en entydig, rettferdig og forsvarlig måte?

Dette sporet burde egentlig appellere til dødshjelpstilhengerne, fordi det tar dem på ordet. Det hopper bukk over etiske, kanskje religiøse, motforestillinger om at dødshjelp kan være moralsk uakseptabelt. Det aksepterer, for argumentets skyld, premisset om at dødshjelp skal vi ha. Så må vi ta fatt på spørsmålet om hvordan.

Like fullt opplever jeg at det er forbløffende taust, når denne utfordringen kommer. Noen viser til Oregonmodellen, dvs. ordningen man har i den

Ramme 2. Fem spor i dødshjelpsdebatten (4)

1. Grunnleggende spørsmål om liv og død
2. Retten til å bestemme over egen død, og selvbestemmelsens grenser
3. Hjelperens rolle i dødshjelpen
4. Helsefaglige premisser i dødshjelpsdebatten
5. Debatten om legalisering, og andre lands erfaringer

amerikanske delstaten Oregon, som i 1997 legaliserte legeassistert selvmord (6). Men Oregonmodellen bør norske politikere kunne avvise tvert. Den bygger på en forutsetning om at kvalifiserte pasienter skal ha rundt et halvt år igjen å leve. Det er stort sett umulig for leger å estimere forventet overlevelse i det tidsperspektivet – det er en avgrensning som ikke er en avgrensning, og pasienten blir priggitt legens skjønn. Oregonmodellen diskriminerer også pasienter som på grunn av fysiske handikap ikke kan gjennomføre selvmordet selv, men som ville trenge andres bistand for selve handlingen.

En mulig løsning?

Ole Martin Moen & Aksel Braanen Sterri gir i sin bok *Aktiv dødshjelp* et godt bidrag, med forslag til følgende kriterier (7):

1. Pasienten må oppleve uutholdelig lidelse.
2. Det må ikke være realistisk utsikt til bedring.
3. Pasienten må fremme et kompetent, konsistent og u-preset ønske om å få hjelp til å dø.

Disse kriteriene minner mye om de som gjelder i eutanasilovene i Nederland, Belgia og Luxemburg, den såkalte Benelux-modellen. Problemet med disse lovene, og med Moen & Sterris forslag, er at disse kriteriene knapt gir noen avgrensning i det hele tatt.

Uutholdelig lidelse er et malende uttrykk – men det er helt opp til enhver hvilket innhold man vil fylle det med. Det vi ser fra land der dødshjelp er tillatt, er at det i liten grad er fysiske, objektiviserbare faktorer som får livet til å føles så uutholdelig at noen ønsker – og får – dødshjelp. Det som preger dødshjelpspasientene er framfor alt følelse av håpløshet, ensomhet, tap av verdighet og depresjon – altså de psykososiale og eksistensielle konsekvensene av sykdom. Moen & Sterri vil at legen skal virke som en sakkyndig som vurderer om dette kriteriet er oppfylt. Men hvordan kan jeg, som ikke selv føler på lidelsen, avgjøre om den er uutholdelig? Vi som jobber i akutt-mottaket, vet godt at når pasienten oppgir ti på en smerteskala (numeric rating scale, NRS, en skala for smerteopplevelse fra 0 til 10), så kan det like gjerne være en nokså upåvirket pasient vi har foran oss. Det å skåre andres lidelse – for så å bruke skåringen til å avgjøre om mennesket skal få hjelp til å dø eller måtte leve videre i lidelse – virker umulig, og urett.

Hva betyr realistisk utsikt til bedring? Hva er bedring, når man har en alvorlig, kanskje dødelig sykdom? Vi som jobber med palliasjon til alvorlig syke og døende, vet av erfaring at det er mye vi kan gjøre for å lindre og

å forbedre livskvalitet (8). Dels gjennom medikamenter, men like mye gjennom god pleie, tilrettelegging og hjelpemidler og andre tiltak. Ikke minst betyr det noe om pasienten opplever god sosial støtte fra sine nærmeste og andre som står rundt. For mange alvorlig syke er noe av det vondeste at gamle venner slutter å komme på besøk. Er dette noe vi realistisk sett kan bedre? Jeg mener i hvert fall det, og jeg vil si at jeg som lege er programforpliktet til å mene det. Det virker for meg umulig, og urett, om jeg skulle gå inn på premisset om at det ikke er realistisk utsikt til bedring.

Pasienten trenger selvsagt ikke se det slik. Men da kommer spørsmålet: Er det pasienten, eller legen, som skal avgjøre om lidelsen er håpløs? Om det er realistiske utsikter til bedring? Jeg vil i utgangspunktet si at pasienten vet best om sitt eget liv. Men hva blir da min rolle som sakkyndig?

De fleste mener at man bør være beslutningskompetent for å kunne få dødshjelp. Men Nederlands høyesterett endret nylig fortolkningen av eutanasiloven fra 2001, slik at dette nå er «innafor»: En lege ga en 74 år gammel kvinne med demens dødshjelp, basert på et forhåndsdirektiv. Kvinnen vegret seg, men ble dopet ned med sovemiddel i kaffen. Likevel satte hun seg til motverge, så de pårørende måtte holde henne fast slik at legen kunne eutanasere henne (9). Dette er en sann historie, og det er altså tillatt, nå, i Nederland. Likevel hevder mange at det ikke har vært en skråplans-effekt i Nederland.

Hvordan skal jeg som lege kunne avgjøre om en pasient er kompetent – kompetent *nok* til å avgjøre at livet ikke er verd å leve? Hva er kompetansekravet? Skal psykisk syke kunne avgjøre dette – og hvis nei, hvorfor ikke? Vi vet at døende mennesker ofte svinger mellom å ønske å dø, og å ville få hjelp til å leve (10, 11). Hvordan skal jeg kunne avgjøre om et dødshjelpsønske er konsistent? Vi vet hvordan alvorlig syke og hjelpetrengende mennesker lever i et konstant krysspress mellom travle pårørende og underbemannede hjelpere. Hvordan kan jeg kvittere ut at et dødshjelpsønske ikke er fattet under press?

Dødshjelp kommer?

Vi trenger en levende dødshjelpsdebatt, og den bør være mest mulig konkret. Så lenge vi leger blir pekt på som lovens utøvere og kontrollører, har vi rett og plikt til å engasjere oss og si vår mening. Dersom dødshjelp blir legalisert i Norge, er det lite trolig at de 9 % av leger (typisk leger i spesialiteter som ikke møter alvorlig syke og døende) som er villig til å utføre dødshjelp, kan dekke behovet (12). Ideen om en reservasjonsrett for leger vil fortone seg like meningsløs som reservasjonsadgang for å henvise til abort. Skal døende

norske pasienter i utkantkommuner måtte fraktes til storbyene for å få dø, fordi kommunelegen har reservert seg?

Det hevdes stadig at «dødshjelp kommer» – det er bare et spørsmål om tid. Det er selvsagt mulig. Men *dersom* dødshjelp skal legaliseres i Norge, må noe skje. Da må lovgiverne sette seg ned, ta fatt på dette femte sporet om hvordan, og finne praktiske og funksjonelle løsninger som ivaretar retts-sikkerheten til både dødshjelperne og pasientene.

Litteratur

1. Horn MA, Brelín S. Legeforeningen bør fortsatt si nei til dødshjelp. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2021; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0658>
2. Kleiven DJH, Hartling O, Ståhle F et al. Dødshjelp: lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 51–73. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch3>
3. 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: 35–49. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch2>
4. Horn MA, Magelssen M. Fem spor i dødshjelpsdebatten. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 21–34. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch1>
5. Horn MA. Er det mulig å lage en entydig, rettferdig og forsvarlig dødshjelpslov? I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 291–309. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch15>
6. *Oregon's Death with Dignity Act*. Oregon.gov. [Oregon Health Authority : Oregon's Death with Dignity Act : Death with Dignity Act : State of Oregon](https://www.oregon.gov/Health/DeathwithDignity/DeathwithDignityAct/StateofOregon/Pages/default.aspx) (22.11.2022).
7. Moen OM, Sterri AB. *Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2019: 68–78.
8. Brelín S. Kan lindrende behandling fjerne behovet for dødshjelp? I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 193–211. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch10>
9. *Euthanasia: Dutch court expands law on dementia cases*. 21.4.2020. BBC News. [Euthanasia: Dutch court expands law on dementia cases - BBC News](https://www.bbc.com/news/health-55444444) (22.11.2022).
10. Johansen S, Holen JC, Kaasa S et al. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine* 2005; 19: 454–60. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1048oa>

11. Schjødt B. Hjelp til å ville leve. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 5.1.2010. [Hjelp til å ville leve | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](#) (22.11.2022).
12. Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B et al. Legers holdninger til aktiv dødshjelp. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2019; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0391>

Morten Horn

morten.andreas.horn@ous-hf.no

Morten Horn er spesialist i neurologi, ph.d. og arbeider som overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, der han er faggrupeleder for amyotrofisk lateral sklerose. Han er norsk medlem av utvalget for nevropalliasjon i European Academy of Neurology, og har vært engasjert i dødshjelpsdebatten i Norge siden 2009. I perioden 2018–21 var han medlem av rådet for legeetikk i Den norske legeforening.

Kronikken er basert på et innlegg på et seminar om dødshjelp arrangert av Det norske medisinske Selskab og Legeforskningsinstituttet 9.11.2022.

En fallitterklæring å legalisere dødshjelp

Michael 2023; 20: 40–6.

Det fremstår som en fallitterklæring å legalisere dødshjelp. Samfunnet har mulighet til å gi pasienten et verdig liv i samsvar med egne ønsker til siste slutt, men det krever klok anvendelse av lovregler og medisinske løsninger.

Å legalisere dødshjelp fremstår etter min mening som unødvendig i et juridisk og helsepolitisk perspektiv. En verdig livsavslutning i samsvar med pasientens ønsker kan sikres uten at dødshjelp legaliseres.

For det første er det lovregler som kan sikre at pasienter får bestemme over eget liv og møte døden i samsvar med egne behandlingsvalg. For det andre kan det gjennom politisk vilje og tilstrekkelige ressurser sikres tilgang til god palliativ behandling for alle. For det tredje skal helsepersonell avstå fra livsforlengende behandling når denne ikke er ønsket av pasienten.

Pasientens rett til å bestemme

For å kunne be om dødshjelp må pasienten være samtykkekompetent. I denne kronikken legger jeg til grunn at det handler om samtykkekompetente pasienter med mindre noe annet presiseres.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 har en pasient rett til å takke nei eller ja til den behandlingen som tilbys (1). Dette betyr at helsepersonell som hovedregel ikke kan holde en samtykkekompetent pasient i live mot pasientens uttrykte ønske (2). Pasienten kan selv takke nei til livsforlengende behandling og ja til smertelindring.

Det er strengt tatt bare tidspunktet døden skal banke på døren ved alvorlig og uhelbredelig sykdom, pasienten ikke fullt ut kan bestemme. Når alt kommer til alt, er de fleste kanskje også glad for dette.

Samtidig modereres denne begrensningen i valg av dødstidspunkt av to forhold. Den første er at det er mulig å ha en kvalifisert antagelse av hvor

Dødshjelp er å ta livet av en person på personens frivillige forespørsel (*eutanasi*), eller å hjelpe en person til å ta sitt eget liv (*assistert selvdrap*) (3). Dødshjelp regnes som drap etter straffeloven, også når barmhjertighet har vært motivasjonen for drapet.

Straffen kan settes til under det som normalt følger ved drap, og dette ble også gjort i den såkalte Sandsdalen-saken fra 2000, som er den eneste saken om dødshjelp som er behandlet av Høyesterett (4).

lenge pasienten vil leve ut fra behandlingsvalg, diagnoser og prognoser. Det andre er at selvdrap ikke er forbudt. I all enkelhet vil derfor en eventuell legalisering av dødshjelp kun resultere i å innføre et alternativ til selvdrap.

Det er ett relevant unntak fra retten til å bestemme om man vil takke ja eller nei til medisinsk behandling, og det er ved øyeblikkelig hjelp-situasjoner hvor helsepersonell har behandlingsplikt etter helsepersonelloven § 7. Dette gjelder uavhengig av pasientens uttalte ønsker (5).

Dersom pasienten er døende, så følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 andre ledd at pasientens ønske om å ikke motta behandling skal respekteres uavhengig av om det foreligger en øyeblikkelig hjelp-situasjon. En pasient antas å være døende når behandlingen kun kan gi «en viss livsforlengelse som i realiteten er en forlengelse av en pågående dødsprosess» (6).

Dersom pasienten ikke kan uttrykke et behandlingsønske, følger det av samme bestemmelse at det ikke skal gis helsehjelp «dersom pasientens nærmeste pårørende [gir uttrykk for] tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske».

Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, bestemmer pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd at livsforlengende behandling kun skal gis dersom denne både er i pasientens interesse «og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp». Det må med andre ord to «ja» til for å gi pasienten livsforlengende behandling (7).

Hvorvidt behandlingen er i pasientens interesse, er en medisinsk vurdering. Vurderingen av om pasienten ville ha gitt tillatelse til helsehjelpen beror på hva det er sannsynlig å anta at pasienten ville ha sagt ja til. Sentralt er da hva pasienten har uttalt tidligere, pasientens verdipreferanser gjennom livet, tidligere handlingsvalg osv.

Pasientens pårørende blir her en viktig informasjonskilde om hva pasienten ville ha samtykket til. Enda mer og bedre informasjon har helseper-

sonell dersom det har vært gjennomført samtaler med pasienten om ønsket behandling, og at det er journalført hva pasienten har sagt.

Internasjonalt lovverk

Dødshjelp berører sentrale menneskerettigheter som er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven (8). Retten til liv, som blant annet følger av *Den europeiske menneskerettighetskonvensjon* (EMK) artikkel 2, er sentral.

Retten til liv pålegger statene en plikt til å verne livet (9). Ifølge *Den europeiske menneskerettighetsdomstol* kan ikke artikkel 2 brukes som grunnlag for en rett til å velge om man vil leve eller ikke (10).

Menneskerettighetsdomstolen har etter artikkel 8 kommet til at selvbestemmelse ved livets slutfase er vernet av bestemmelsen, men at et generelt forbud mot medvirkning til selvdrap og drap av samtykkende er tillatt (10, 11).

Samlet gir nasjonale og internasjonale regler pasienter rett til å ta avgjørelser over eget liv, og en rett til å få vernet livet.

Eksistensiell hjelp der legevitenskapen ikke strekker til

I menneskerettighetene ligger det ikke en plikt til å avslutte liv til mennesker som ønsker det, for å unngå en mulig smertefull død. Det er ingen rettighet å ikke føle smerte.

Gjennom livet opplever alle mennesker smerte av ulik karakter både av fysisk og psykisk art. Særlig smerte av psykisk art kan være vanskelig å behandle, men en legalisering av dødshjelp løser ikke problemet. En legalisering innebærer kun en irreversibel avslutning av smerteproblemet ved at man tar livet av pasienten. Det fremstår som et bedre alternativ å hjelpe pasienten med å lindre smerten, eller møte denne.

Kanskje må vi bli bedre til å erkjenne smerte som en del av livet, og at smerten ikke alltid kan tas bort ved hjelp av legevitenskap, men at det er mulig å få hjelp til å møte den.

Behov for å styrke selvbestemmelsesretten

Norsk lov overlater i stor grad til pasienten å bestemme over eget liv og egen død.

Det rettslige forbedringspotensialet ligger i å styrke selvbestemmelsesretten ytterligere ved å sikre at pasienter kan takke nei til påtrengende nødvendig helsehjelp ved forventede kriser i et progredierende sykdomsforløp, også når de ikke er døende. Det er hverken etiske eller juridiske argumenter som tilsier å opprettholde øyeblikkelig hjelp-plikten i slike situasjoner (7, 12).

En styrking av selvbestemmelsesretten til alvorlig syke pasienter er også foreslått i en offentlig utredning i 2017 (13). Samtaler om behandlingsnivå og behandlingsintensitet som journalføres, såkalte *forhåndssamtaler*, bør settes i system, slik det også er foreslått i utredningen.

Å dokumentere hva pasienten tenker og ønsker rundt egen sykdom og død er ekstra viktig for de situasjonene hvor pasienten risikerer å miste samtykkekompetansen. Det vil sikre at beslutninger tas i samsvar med pasientens ønsker.

Politisk ønsket

En styrket selvbestemmelsesrett til alvorlig syke er politisk ønsket. I stortingsmeldingen som fulgte utredningen fra 2017, anbefalte Solberg-regjeringen å utvide selvbestemmelsesretten for alvorlig syke pasienter som anses som samtykkekompetente:

«Regjeringen mener det er behov for å styrke alvorlig syke pasienters rett til selvbestemmelse og justere plikten til å gi øyeblikkelig hjelp mot pasientens vilje. Alvorlig syke pasienter som er samtykkekompetente, bør i større grad kunne nekte medisinsk behandling selv om de ikke kan anses som døende. Plikten til å gi øyeblikkelig hjelp mot pasientens ønske bør ikke omfatte forventede kriser i forløpet av en progressiv dødelig sykdom. En styrking av selvbestemmelsesretten vil også være i tråd med utviklingen i praksis ved Den europeiske menneskerettsdomstol, med økt vektlegging av retten til selvbestemmelse. Regjeringen mener endringene bør reflekteres i lovverket og ikke utelukkende gjennom endret lovtolkning» (14).

I innstillingen fra helse- og omsorgskomiteen uttrykte komiteen at «det bør sikres en reell rett til å bestemme over egen kropp for alvorlig syke pasienter som har en sykdom de vil dø av, uavhengig av om de er døende» (15). Komiteen påpekte også at forhåndssamtaler «kan være et viktig verktøy for å kartlegge den enkeltes behov og ønsker i livets slutfase», og viste til at «Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utlyse midler til et fagmiljø som skal ha ansvar for å styrke arbeidet med å utarbeide, spre og implementere forhåndssamtaler i helse- og omsorgstjenesten» (15). Et slikt arbeid pågår ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (16).

Stortinget har bedt regjeringen utarbeide en egen forpliktende handlingsplan for lindrende behandling og omsorg, hvor det blant annet er et mål å styrke kompetansen til å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov (15).

Ved mindre endringer i gjeldende regelverk samt ved bruk av forhåndssamtaler som journalføres, har samfunnet mulighet til å både styrke og sikre alvorlig syke pasienter et liv i samsvar med egne ønsker til siste slutt.

Utfordringer ved legalisering av dødshjelp

Dersom politikerne skulle komme til at dødshjelp skal legaliseres, så må flere utfordringer tas opp. Blant de viktigste spørsmålene er:

- hvem skal kunne be om dødshjelp?
- hvem skal godkjenne anmodningen om dødshjelp?
- hvem skal utføre dødshjelpen?
- hvordan skal dødshjelpen utføres?

En legalisering av dødshjelp vil innebære at det vil oppstå krevende gråsoner som kontinuerlig må diskuteres. Skal det for eksempel tillates både eutanasi og legeassistert selvdrap, eller bare en av delene? Og hvilke beslutningsprosedyrer ønsker vi?

Kriterier må lages og noen må bestemme om disse er oppfylt. I dette ligger også hvem som skal utføre handlingen. Er det å avslutte liv en oppgave for helsepersonell? Hvis ja, må man også diskutere hvordan en reservasjonsrett skal praktiseres.

Avgjørelsen om dødshjelp skal innvilges vil nødvendigvis bero på hvorvidt andre mener at vilkårene er oppfylt. En legalisering kan derfor vanskelig sies å styrke pasienters autonomi. Legalisering vil kun åpne for et ekstra handlingsalternativ for en liten pasientgruppe. Legalisering av dødshjelp vil være vanskelig å praktisere og feil beslutning vil være umulig å reversere.

Smertelindring og behandlingsbegrensning

Noen ganger har pasienter så store smerter at de holdes sovende inntil døden inntreffer. Dette kalles *lindrende sedering*, som er «medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte» (17).

Lindrende sedering vil kunne forkorte pasientens liv, men intensjonen med behandlingen er smertelindring og skiller seg derved fra eutanasi.

Behandlingsbegrensning som lindrende sedering er innenfor lovens rammer. Ved behandlingsbegrensning dør pasienten av sin underliggende sykdom. Målet er ikke å gjøre alt som er medisinsk mulig, men å sikre at pasienten selv får tilkjennegi ønsket behandlingsintensitet, og at pasientens ønsker er godt dokumentert dersom pasienten skulle miste samtykkekompetansen.

Palliasjon handler også om lindring, men det dreier seg om en helhetlig tilnærming som ideelt sett skal starte tidlig i et alvorlig sykdomsforløp. Palliativ behandling skal ivareta pasientens behov i et større perspektiv som også inkluderer åndelige og eksistensielle behov. Livskvalitet er sentralt «både

som indikasjon for og endepunkt for palliativ behandling» (18). Frykt knyttet til å oppleve smerte samt møte egen sykdom og død, kan avhjelpes ved god palliativ behandling.

Det foreligger gode medisinske behandlingsalternativer som praktiseres innen rammene av gjeldende rett. Men også her er det utfordringer som bør tas opp knyttet til å kunne tilby god palliativ behandling til alle. Jo bedre helhetlig smertelindring som tilbys, og som også inkluderer åndelige og eksistensielle behov, jo lavere vil trolig et opplevd behov for dødshjelp være.

Samfunnet trenger ikke gå veien om å legalisere dødshjelp for å heve kompetansen og tilgangen på palliasjon. Det er en omvei.

Styrket autonomi og mulighet for å angre

Å legalisere dødshjelp er å erkjenne at samfunnet ikke klarer å ivareta pasienter i deres møte med alvorlig sykdom og død. Det er en fallitterklæring.

Å sikre god palliasjon til alle, å styrke selvbestemmelsesretten ved forventede kriser i sykdomsforløpet, og å gjennomføre jevnligte forhandssamtaler om behandlingsønsker for alvorlig syke pasienter, er et bedre alternativ enn å legalisere dødshjelp. Det vil kunne forhindre over- eller underbehandling. Det vil la pasienten få bestemme mest mulig selv rundt eget liv med sykdommen og egen død. Det gjør det også mulig for pasienten å angre på veien.

Litteratur

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (9.1.2023).
2. Bahus MK, Friis P, Mesel T. Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk juss* 2018; 44: 56–78. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02>
3. 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: 35–49. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch2>
4. Rt-2000-646 Høyesterett – Kjennelse. *Norsk retstidende* 2000; 165: 646–54. <https://www.nb.no/items/9f41aba593bc1444ed92ef6d2e6d2d05?page=653> (9.1.2023).
5. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (9.1.2023).
6. Ot.prp. nr. 12 (1998–1999). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-12-1998-99/id159415/> (13.1.2023).
7. Bahus MK. *Beslutningsprosessen ved liv/død-avgjørelser: en empirisk studie av et utvalg av norske legers handlingsvalg ved beslutninger om livsforlengende behandling skal gis eller ikke gis til alvorlig syke og døende pasienter*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Det medisinske

- fakultet, Universitetet i Oslo, 2014. <https://www.nb.no/items/ce9fd88d99679778c182deead52e4156?page=0> (13.1.2023).
8. *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30> (9.1.2023).
 9. European court of human rights. Case of Arskaya v. Ukraine, no. 45076/05 (fifth section). Judgment, Strasbourg, 5.12.2013, final 5.3.2014. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-138590> (17.1.2023).
 10. European court of human rights. Case of Pretty v. the United Kingdom, no. 2346/02 (fourth section). Judgment, Strasbourg, 29.4.2002, final 29.7.2002. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448> (17.1.2023).
 11. Husabø EJ. Legalisering av aktiv dødshjelp i lys av menneskerettene (med særleg fokus på Pretty-saka). *Omsorg* 2003; nr. 3: 40–7.
 12. Bahus MK, Steen PA, Førde R. Law, ethics and clinical judgment in end-of-life decisions--how do Norwegian doctors think? *Resuscitation* 2012; 83: 1369–73. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.04.008>
 13. NOU 2017: 16 På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/> (13.1.2023).
 14. Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/> (9.1.2023).
 15. Innstilling 73 S (2020–2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2020-2021/inns-202021-073s.pdf> (13.1.2023).
 16. *Implementering av forhåndssamtaler – en randomisert studie*. Forskningsprosjekter, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Publisert 14.9.2020, sist endret 16.2.2022. <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/implementering-forhandssamtaler/index.html> (15.1.2023).
 17. Brelin S. Kan lindrende behandling fjerne behovet for dødshjelp? I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 193–211. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch10>
 18. Kaasa S, Loge JH. Den palliative konsultasjonen – med fokus på kreftpasienter. I: Kaasa S, Loge JH, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, 2016.

Marianne Klungland Bahus
marianne.k.bahus@uia.no
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 Kristiansand

Marianne Klungland Bahus er jurist, ph.d. og førsteamanuensis i velferdsrett ved Universitetet i Agder.

Det veneriske sykehus – det første kurative sykehus i Norge

Michael 2023; 20: 47–63.

Det veneriske sykehuset i Christiania var det første kurative sykehuset i Norge, men har fått liten plass i medisinhistorien. Det fremstår nærmest som en fotnote i fortellinger om radesykehusene. Jeg vil i denne artikkelen se nærmere på sykehusets historie og rolle som et slags testprosjekt for en ny type sykehus i Norge. Det veneriske sykehuset var på mange måter en tidlig utprøving av relasjonen mellom stat og befolkning i helsespørsmål. For staten var det en spenning i motivasjonen mellom ønsket om en sunn og stor befolkning og å unngå å bære ansvaret for utgiftene og driften. Fra befolkningens side var det en rekke faktorer som gjorde forholdet komplisert, fra spørsmål om tillit og til praktiske problemer knyttet til et opphold i sykehuset.

22. april 1755 innvilget kong Frederik 5. (1723–66) en søknad om å etablere det som i ettertid har blitt definert som en ny type sykehus i Norge, et sted hvor de syke skulle kunne kureres og sendes hjem. De tradisjonelle hospitalene, som Oslo hospital, hadde vært åpne for alle trengende i samfunnet fra fattige til kronisk og dødelig syke, i tråd med kristne verdier. Leger og kirurger var kun tidvis knyttet til institusjonene. Hospitalene var derfor ikke et sted man dro for å bli frisk.

Det nye sykehuset var kjent under en rekke navn, men det som best reflekterer dets funksjon var *Det veneriske sykehus*. Det ble opprettet for behandling av venerisk sykdom som herjet spesielt på Østlandet, og ble derfor plassert i Christiania.

Til tross for sykehusets spesielle stilling i norsk medisinhistorie, har det i stor grad blitt forbigått i historiebøkene til fordel for radesykehusene som ble etablert fra begynnelsen av 1760-årene. Artikkelen springer ut av min doktoravhandling om venerisk sykdom i 1700-tallets Norge, hvor nettopp

den begrensede litteratur rundt dette sykehuset var en utfordring.¹ Sykehusets historie fortjener mer oppmerksomhet, da det gir innsikt i det kompliserte forholdet mellom staten og befolkningen om helse spørsmål på 1700-tallet. Jeg vil her utforske sykehusets historiografi, dets historie og til slutt pasientene som ble behandlet der.

Historiografi

Sentralt for det veneriske sykehusets historiografi er uttrykkene *venerisk sykdom* og *radesyke*, samt hvordan de har blitt forstått gjennom historien. På mange måter har disse vært flettet i hverandre på ulike vis siden 1700-tallet. *Venerisk sykdom*, som vi i dag ofte vil oversette som syfilis, var kjent i Europa siden slutten av 1400-tallet og innen 1700-tallet var kvikksølv veletablert som en viktig komponent i behandlingen. *Radesyke* var tilsynelatende en ny og unik norsk sykdom som spredte seg i siste halvdel av 1700-tallet og som skapte store diskusjoner blant leger og kirurger – deriblant om dens natur. Medisinhistoriker Anne Kveim Lie har behandlet denne diskusjonen i doktoravhandlingen *Radesykens tilblivelse*. På 1700-tallet var legestanden uenige om radesyken var en form for skjorbuk, venerisk sykdom eller en helt egen og ny sykdom. Kveim Lie viser at radesyken på 1800-tallet ble tolket som et annet navn for syfilis, slik at radesyke i stor grad ble forstått som en ren venerisk sykdom.²

Det kompliserte forholdet mellom venerisk sykdom og radesyke kan muligens forklare hvorfor radesykehusene har fått mest oppmerksomhet i medisinhistorien og at det veneriske sykehuset enten nevnes som en forløper til eller som en del av radesykehusene.³ Med tanke på at man opererte med venerisk sykdom og radesyke som ulike kategorier i medisinbøkene og

- 1 Holmberg S. *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020. <https://www.nb.no/items/e040cac458b6c894a9719291328f23bc?page=0>
Et sammendrag av hovedpunktene i avhandlingen kan leses her: Holmberg S. Kunnskap og autoritet – venerisk sykdom i 1700-tallets Norge. *Michael* 2021; 18: 292–306. <https://www.michael-journal.no/article/2021/20/Kunnskap-og-autoritet-%E2%80%93-venerisk-sykdom-i-1700-tallets-Norge>
- 2 Lie AK. *Radesykens tilblivelse: historien om en sykdom*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008, s. 25, 309–10. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/30007>
- 3 Ole Georg Moseng forklarer at betegnelsen radesyke ikke ble brukt i Christiania, og indikerer dermed at dette sykehuset er å regne som et radesykehus ved annet navn. Aina Schiøtz plasserer disse sykehusene i samme kategori i sin bok *Viljen til liv*, på bakgrunn av deres «tilsvarande målsetjing» om å kurere. Moseng OG. *Ansvar for undersåttens helse 1603–1850*. Bind 1. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003, s. 255. <https://www.nb.no/items/2d2f4d9c7a879584ce82f36e05afac0b?page=0>. Schiøtz A. *Viljen til liv : medisin- og helsehistorie fra antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget, 2017, s. 187. <https://www.nb.no/items/bbf545b7ba854e25dce4f15ae9737fac?page=0>

at pasientene ved sykehuset ble diagnostisert med *lue venerea* eller *venerisk svaghed*, burde sykehuset studeres som noe eget.⁴ Samtidig hadde det også en klar påvirkning på etableringen av radesykehusene, men da som et slags testprosjekt av en ny type kurativt sykehus som ga erfaringer til kommende etableringer senere.⁵

Tidligere omtaler av det veneriske sykehuset i Christiania viser gjerne tilbake til samme tekst. Medisinhistorikerne Aina Schiøtz (1947–2020), Ole Georg Moseng (f. 1958) og Anne Kveim Lie (f. 1969) kommer alle inn på sykehuset i sine behandlinger av den norske medisinhistorien, hvor de viser til beskrivelsen av historikeren Knut Sprauten (f. 1948) i *Oslo bys historie*. Kveim Lie viser også til primærkilder fra 1700-tallet, som rapporten fra legen ved sykehuset, Peder Sundius (1725–86), og referanser til det veneriske sykehuset i Christiania i forbindelse med opprettelsen av radesykehuset i Kristiansand.⁶ Likevel er det tydelig at Knut Sprautens tekst er en sentral kilde for kunnskapen om det veneriske sykehus i moderne medisinhistorie og er derfor verdt å undersøke nærmere.

Sprautens behandling av temaet er relativt detaljert og er en del av et kapittel om *Framvekst av et offentlig helsestell* i *Oslo bys historie* fra 1536 til 1814.⁷ Her fremkommer en rekke opplysninger om sykehusets beliggenhet, sentrale aktører, generelle historie og antall pasienter i årene 1756–66. Kildene han baserer seg på, er en rekke lovsamlinger som omhandler den økonomiske debatten knyttet til sykehuset samt en tekst av Arno Berg fra 1940.⁸

Arno Berg (1890–1974) var utdannet arkitekt og ble Oslos første byantikvar.⁹ I 1940 skrev han en todelt artikkelserie om *Sykehusene i byen før 1814* i tidsskriftet *St. Hallvard*. Behandlingen av det veneriske sykehus i Christiania åpner del to av serien, hvor sykehuset er navngitt som *Akershus*

4 I Darelius' legebok var radesyke og fransoser [venerisk sykdom] listet som to separate sykdommer. Selv blant de som anså radesyken som venerisk, henviste til venerisk sykdom som en separat, distinkt sykdom. De to sykdomsbegrepene var dermed separate, selv for de som så dem som nært beslektede. Darelius JA. *Et Land-Apothek, til danske Landsmænds Nytte*. Oversatt av Mangor CE. København: Joh. Fr. Heineck og Faber i Nummes Boglade No 5, 1767, s. 178 og 255.

5 Anne Kveim Lie viser til forbindelsen mellom det veneriske sykehuset i Christiania og radesykehuset i Kristiansand, på bakgrunn av at man ved etableringen av radesykehuset i Kristiansand pekte til dette eldre sykehuset som et forbilde. Lie AK. *Radesykens tilblivelse: historien om en sykdom*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008, s. 270.

6 Ibid., s. 215, 70 og 89. <http://hdl.handle.net/10852/30007>

7 Sprauten K. *Byen ved festningen: fra 1536 til 1814*. Bind 2. Oslo bys historie. Oslo: Cappelen, 1992, s. 379–81. <https://www.nb.no/items/0a42d8c20db5610f043401b8b8808edf?page=379>

8 Se fornote 44 til 48 i kapittel 17. Ibid., s. 470.

9 Roede L. Arno Berg. I: *Norsk biografisk leksikon*; 13.2.2009. https://nbl.snl.no/Arno_Berg (11.4.2022).

Stifts sykehus i Fjerdingen.¹⁰ Teksten er imponerende detaljert og gir inntrykk av at forfatteren har hatt tilgang på et vell av kilder. Problemet er at det ikke er referert til disse i teksten, hvilket gjør det vanskelig å verifisere historien som fremkommer. Det er uheldig at omtalen av dette sykehuset lener seg på en slik kildemetodisk problematisk tekst.¹¹ Et viktig formål med denne artikkelen er derfor å gi et bedre grunnlag for forståelsen av denne delen av sykehushistorien samtidig som den utdyper forholdet mellom stat og befolkning.

Mangfold av navn

Det er krevende å finne kilder om det veneriske sykehuset i Christiania, blant annet fordi det er kjent under en rekke ulike navn. Det omtales som venerisk hospital eller sykehus, men kan også dukke opp under navn som *Akershus stifts sykehus*.¹² Dette har trolig sitt utspring fra varierende navnebruk på 1700-tallet. I én kildetype, presteattester, har jeg funnet sykehuset omtalt som *Fattighuset i Fjerdingen*, *Christiania Syge-hospital*, *Sundhedshuset*, *Qvæsthuuset i Christiania*, *Salivationshuuset i Christiania*, *Christiania lazareth* og *Christiania sygehuus*. Heller ikke i formelle dokumenter er begrepsbruken entydig. I regnskapene fra sykehuset fremkommer ikke et fast navn, men refereres til som sygehus eller lazareth som pleier «syge af Aggershuus Amt, med venerisk Svaghed og Saltflod». I reskriptene refereres det kun til som *Christianias Sygehuus* eller *Sygehuuset i Christiania*. Det at det er snakk om venerisk syke og i en lang periode henvisning til legen Peder Sundius gjør det klart at det er snakk om det samme sykehuset – sykehuset øremerket til venerisk syke.

Kilder

Nettopp den vanskelige tilgangen på kilder kan muligens også forklare hvorfor sykehuset har fått lite oppmerksomhet. Mens det finnes godt materiale om radesyken og dens sykehus, er det en større utfordring med det veneriske sykehuset. Kildesøk i norske og danske arkiv og bibliotek har ikke avdekket materiale som underbygger alle opplysningene i Arno Bergs artik-

10 Berg A. Sykehusene i byen før 1814, del 2. *St. Hallvard*, 1940: 241–82. <https://www.nb.no/item/s/8e8ee5d312bcfdc06b9d454abfb47a9d?page=245>

11 Jeg tviler ikke på at Berg har gjort et grundig arbeid og sett på en rekke gode kilder, men fra et historiefaglig perspektiv er det frustrerende å finne en så treffende og relevant tekst som ikke oppgir sine kilder. Dette er på ingen måte unikt for denne artikkelen eller for Berg, spesielt gjelder det i eldre tekster. Min ambisjon er derfor å bøte på problemet slik at det vil være lettere å jobbe videre med temaet.

12 Se f.eks. *Oslo byleksikon*: <https://oslobyleksikon.no/side/Sykehusvesenet> (11.4.2022).

kel. På den annen side har jeg funnet en kilde som trolig ikke har blitt brukt tidligere; et regnskap med oversikt over pasientene ved sykehuset.¹³

Regnskapet er dessverre preget av lakuner, der noen hele år og deler av årene mangler. Likevel er dette en god kilde til hvordan relasjonen mellom befolkningen og et slikt tidlig helsesystem fungerte. Regnskapet var ført i forbindelse med de mange pasientene som skulle behandles gratis ved sykehuset, og var derfor viktig for å dokumentere og begrunne utgifter og kompensasjonen som legen skulle få. Som en følge av ordningen med gratis behandling skulle pasientene ha med seg en attest fra sognepresten for å stadfeste at de trengte behandling for venerisk sykdom ved sykehuset og at de ikke hadde midler til å betale for behandlingen selv.¹⁴ Disse gir tidvis god innsikt i bakgrunnen til de som kom til sykehuset og det kompliserte forholdet mellom stat og befolkning, der man delvis var avhengig av hverandre, samtidig som man hadde en viss skepsis til den andres kompetanse og hjelpsomhet.

To kongelige bevillinger er sentrale kilder. Den første var for å gi midler til undersøkelse og hjelp til en venerisk epidemi på Kongsberg og Numedal og som ble opptakten til den andre resolusjonen om å opprette et venerisk sykehus i Christiania.¹⁵ Gjennom disse får vi innsikt i historien rundt etableringen av sykehuset og hvilke argumenter som ble brukt i opprettelsen av en slik ny institusjon.

Andre sentrale supplerende kilder er reskripter og resolusjoner knyttet til senere problemer i driften samt søknadsbrev til kongen om behandling fra potensielle pasienter da den økonomiske dekningen av driften begynte å bli problematisk.¹⁶ En rapport til radesykekommissjonen i 1778 skrevet av legen ved sykehuset, Peder Sundius, gir også viktig innsikt, samt notiser i avisen *Norske Intelligentz-sedler* som berører sykehusets historie. Sammen gir dette et bilde av en institusjon som en sentral del av Norges medisin-historie.

Krisen – opptakten til et sykehus

Høsten 1751 mottok kongen en søknad fra overbergamtet på Kongsberg om å bevilge midler til å sende en medisinsk kyndig person til området,

13 Regnskapet er spredt over to kildekapere oppbevart ved Statsarkivet i Oslo: Kristiania stiftamt (SAO-10386/Fba/L0001-L0005) og Kristiania magistrat (SAO-10711/Ib/L0005-L0006).

14 Reskript av 20. mai 1774. Wessel-Berg FA. *Kongelige Reskripter, Resolusjoner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660–1813*. Bind 2. Christiania: J.W. Cappelen, 1842, s. 584. <https://www.nb.no/items/af185df2b5f842ee79d9b43deb4b02b8?page=593>

15 Riksarkivet (RA) RA-3111, Rentekammeret, Kammerkanselliet, Gfa/L0033: Norsk relasjons- og resolusjonsprotokoll, 1751, s. 470, No 99; RA-3111, Rentekammeret, Kammerkanselliet, Gfa/L0037: Norsk relasjons- og resolusjonsprotokoll, 1755, s. 222, No 38.

16 RA-3023, Danske Kanselli, Kansellibrev, Ga/L0047 mai 1773, no 378.

reise rundt i amtet og behandle de mange som led av venerisk sykdom. Ved Kongsberg sølvverk var den «forhen ikke ubekiente Veneriske eller deslige Smitsomme Syge, sig ude de der omliggende Bøygder og i sær udi Nummedahlen meget have udbreedet, saa at Almuen snart udi hvert andet Huus dermed skal være befængt.»¹⁷ Sykdommen var antatt å herje andre steder også, men nettopp i Kongsberg og Numedal var tilstanden kritisk nok til å kreve egne tiltak. Økonomien var et problem, og medisinstudenten Georg Tycho Holm (1726–59) ble derfor foreslått som en rimelig kandidat til oppdraget. Forslaget ble godtatt av kongen 2. november samme år og Holm reiste opp fra København.

Hendelsen fikk større følger enn å sende en medisinstudent til Kongsberg-traktene. Det satte søkelys på utbredelsen av denne sykdommen. Vise-stattholder Jacob Benzon (1688–1775) skrev til amtmennene for å undersøke forholdene. I begynnelsen av 1754 var han overbevist om at problemet var stort og utbredt over store deler av Østlandet.¹⁸ Han skrev derfor til Rentekammeret i København hvor han argumenterte for å opprette sykehus i Christiania «for oplandet», i Moss «for Smaalehnene og Districtet der omkring» og i Drammen for «Buscheruds Amt, samt Lier og Sandsuer». Forespørselen ble ikke umiddelbart godkjent, men resulterte i korrespondanse mellom administrasjonen i Danmark og Norge om ulike praktiske forhold knyttet til lønn av leger, hvorvidt det ville lønne seg å leie eller kjøpe hus og kostnadene knyttet til daglig drift.¹⁹ Endelig, 22. april 1755 gikk saken videre til kongen, som godkjente opprettelse av tre sykehus som skulle ta hånd om de venerisk syke.

I samme skriv rapporterte medisinstudent Holm å ha reist rundt i Kongsberg og Numedals distrikt i to år og «Cureret imod 100de af denne Syge angrebne Personer».²⁰ Det vage tallet reflekterer nok mest at han hadde gjort sin jobb, men det forteller også om en oppfattelse av sykdommen som en kontinuerlig trussel på Østlandet i det som var en søknad om å opprette

17 RA-3111, Rentekammeret, Kammerkanselliet, Gfa/L0033: Norsk relasjons- og resolusjonsprotokoll, 1751, s. 470, No 99.

18 Når det gjaldt Vestlandet indikerte rapportene at situasjonen ikke var like kritisk, men han oppfordret stiftamtmanden i Bergen til å avstemme med bylegen til å behandle de som var rammet. På Østlandet var det så ille fatt at han daglig hørte historier om sykdommen. RA-2870 Stattholderembete 1572–1771, Stattholderprotokoll Bf/L0002, Brev fra Visestattholder Benzon til Rentekammeret 9. februar 1754, s. 18.

19 RA – 3111 Rentekammeret, Kammerkanselliet, Norske avdeling, Ekstraktmemorialprotokoller, Gha/L0032, 1753–1755, no. 139, s.154–159; RA-2870 Stattholderembete 1572–1771, Stattholderprotokoll Bf/L0002, Brev fra Visestattholder Benzon til Rentekammeret 6. april 1754, s. 20v; RA-2870 Stattholderembete 1572–1771, Stattholderprotokoll Bf/L0002, Brev fra Visestattholder Benzon til Rentekammeret 14. desember 1754, s. 46.

20 RA – 3111 Rentekammeret, Kammerkanselliet, Gfa/L0037: Norsk relasjons- og resolusjonsprotokoll, 1755, No 38, s. 222.

sykehus dedikert til å hjelpe de venerisk syke. Gjennom korrespondansen med Rentekammeret gjentok vistestattholder Benzon bekymringen om at «denne Sygdom tiid efter anden udi landet tiltager mere og mere».²¹ Den lokale motivasjonen for å iverksette tiltak mot epidemien var med andre ord på plass.

Sykehusets innretning

Visestattholder Benzon hadde allerede i februar 1754 vært i kontakt med kirurgen Peter Ulrich Borch, som var villig til å etablere sykehuset i Christiania og å behandle de syke der.²² Borch døde trolig kort tid etter, og den svenske legen Peder Sundius tok over.²³ Sykehuset skulle romme 20 senger, hvor det det kunne ligge to personer per seng, det skulle også settes av penger til brensel og til hver pasients «daglig underholdning». Benzon hadde tidligere kommentert at pasientene trolig ikke ville ha mulighet eller økonomi til å besørge eget sengetøy, og det var heller ikke rimelig å forvente at de kunne betale for brensel og oppvarming, så denne ordningen var ikke selvsagt.²⁴ For å forhindre at andre enn veneriske pasienter benyttet sykehuset, skulle hver pasient undersøkes av en lege eller kirurg før innleggelsen. Sykehuset var kun for veneriske pasienter.²⁵

Muligens var det av hensyn til økonomien at sykehusene ikke ble opprettet umiddelbart i Moss og Drammen, slik som i Christiania. De kom heller ikke senere. Økonomi var i hvert fall årsaken til at det ble bestemt at man skulle leie et bygg fremfor å kjøpe, dermed unngikk man omkostninger til vedlikehold.²⁶ Ifølge Arno Berg fikk man leiet feltskjær Wulfs gård i Fjerdingen.²⁷ Fjerdingen lå i utkanten av det daværende Christiania (figur 1). Det kan være en økonomisk motivasjon for plasseringen, at det var mulig å få tak i en rimelig, stor gård som kunne brukes som sykehus i utkanten av byen. En slik beliggenhet samsvarte også med vedvarende ideer om

21 RA-2870 Stattholderembete 1572–1771, Stattholderprotokoll Bf/L0002, Brev fra Visestattholder Benzon til Rentekammeret 14. desember 1754, s. 46.

22 RA-2870 Stattholderembete 1572–1771, Stattholderprotokoll Bf/L0002, Brev fra Visestattholder Benzon til Rentekammeret 9. februar 1754, s. 18–9.

23 Jeg har ikke kunnet finne dødsannonse eller annen primærkilde for dette, men lener meg på Bergs forklaring, da dette stemmer med at Borch plutselig forsvinner ut av kildene til fordel for Peder Sundius. Berg A. Sykehusene i byen før 1814, del 2. *St. Hallvard*, 1940, s. 243. <https://www.nb.no/items/8e8ee5d312bcfdc06b9d454abfb47a9d?page=247>

24 RA-2870 Stattholderembete 1572–1771, Stattholderprotokoll Bf/L0002, Brev fra Visestattholder Benzon til Rentekammeret 14. desember 1754, s. 46.

25 RA – 3111 Rentekammeret, Kammerkanselliet, Gfa/L0037: Norsk relasjons- og resolusjonsprotokoll, 1755, No 38, s. 228

26 RA – 3111 Rentekammeret, Kammerkanselliet, Gfa/L0037: Norsk relasjons- og resolusjonsprotokoll, 1755, No 38, s. 227.

27 Berg A. Sykehusene i byen før 1814, del 2. *St. Hallvard*, 1940, s. 243. <https://www.nb.no/items/8e8ee5d312bcfdc06b9d454abfb47a9d?page=247>



Figur 1. Sykehuset lå i Fjerdingen, i utkanten av byen, langsmed Akerselva, nord for Vaterland. Kartverket: Kristiania amt nr. 23: Plan over Aggershus Fæstning og Christiania Bye 1:3640, I. T. Wegner, 1774. <https://www.kartverket.no/om-kartverket/historie/historiske-kart/soketreff/mitt-kart?mapId=1268>

Utsnitt fra figur 1 viser området Fjerdingen hvor det veneriske sykehuset lå. Sykehuset eksakte plassering er usikker. Det er ikke tegnet inn på kartene fra perioden. Ifølge Oslo byleksikon holdt sykehuset holdt til i «en leid gård i Storgata, like ved Tukthuset», men jeg kjenner ikke kilder som kan bekrefte dette.

å holde slike pasienter mest mulig unna resten av befolkningen. Veneriske pasienter var ikke velkomne i de generelle sykehusene som ble bygget på kontinentet på 1700-tallet. Ved det kongelige Frederiks Hospital i København, som åpnet i 1757, var venerisk syke eksplisitt forbudt tilgang.²⁸ Det er i så måte illustrerende for Norges status på 1700-tallet at det første statlig finansierte kurative sykehuset var et krisesykehus rettet mot en sykdom som ellers var utelatt fra de nye undervisningssykehusene.

Behandlingen av venerisk sykdom med kvikksølv var også en viktig årsak til at man ønsket å etablere et sykehus, siden behandlingen var for farlig til at pasientene selv kunne stå for den. Kvikksølv kunne enten inntas via munnen eller påføres på huden, og det var en rekke diskusjoner i fagmiljøene i Europa rundt den beste variasjonen av kvikksølvbehandling. Felles var ideen om at kvikksølv bidro til å bryte ned sykdommen som deretter kunne forlate kroppen gjennom svette, urin, avføring eller spytt. Varme var derfor gjerne en viktig del av behandlingen.²⁹

Sundius beskrev i 1779 hvordan han hadde innrettet sykehuset for å sikre best mulig behandling med det han omtalte som «mercurialcuren»:

1st Værelse hvorudi de Syge opholder sig imedeels de prepareres til Mercurialcuren, da de lettelig, i fald de komme strax ind iblandt dem der bruger Mercurialia, exponeres for farlige Tilfælde. 2de Et Bade-huus med kakelovn udi og Pompe-huus med Skorsteen og Kiedet til at varme Vandet udi. 3de Rommelige Værelser for de voxne der bruger Mercurialia. 4de Et à past Værelse for smaa Børn, paa det at de ej skal lide av de andres mercurialske Exhalationer. 5te Et værelse at henlegge de av de Syge udi, som under Cuuren kand faae Feber, Diarrhee, Dysentrie, exulceret mund og sterk Spyttning, hvilke samtlige Tilfælde under denne HiemmelEgn og den her brugelige føde uagted Preparation, Diet, Regime og Mercurii forsigtigste administration ej altid kand forekommes. 6te Et Værelse fritt for Mercurialske Luft, hvorudi de curerede maae opholde sig nogle Dage efter Cuuren imedens de laxerer og forend de udlades i frie Luft. Værelse for Sygepassere, Kiøkken m. v. maae der og være.³⁰

Det fremgår her at pasientene kunne være skadelige for hverandre i de ulike stadier, og at spesielt barna fikk annen behandling enn de voksne. Et felles sted for behandling krevde derfor mange rom for de ulike stadiene og mulighet for å holde grupper adskilt.

28 Frederik V. Fundatz for det i Kjøbenhavn at Hans Kongel. Majestet Allernaadigst oprettende Friderichs Hospital : de dato Fredensborg Slot den 6te August Anno 1756. København: trykt hos Directeuren over Hans Kongelige Majestæts og Universitets Bogtrykkerie, Johan Jørgen Høpfner, 1756, s. 5.

29 Holmberg S. *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020: 115. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=0>

30 RA- 4061 Danske Kanselli, Skapsaker, F, L0030, rapport fra Peder Sundius, 3. april 1779

De viktige varmekildene i behandlingen var en tosidet venn. Sykehuset brant ned flere ganger. Første brann fant sted natt til 28. april 1772, og sykehuset ble lagt i aske.³¹ Det lyktes Sundius å få sykehuset i gang igjen, dog i nytt lokale, trolig også i Fjerdingsgen. Peder Sundius var på mange måter synonymt med sykehuset fra dets tidlige oppstart og åpning i 1756 til han døde 30 år senere, høsten 1786.³² Hans betydning for sykehuset ble tydelig med hans bortgang, da det ble en utfordring å finne en lege som ville påta seg ansvaret.³³ Doktor Niels Wandel (1752–92) sa seg etter hvert villig til å ta over driften av sykehuset med tilsvarende økonomiske ansvar som Sundius hadde hatt.³⁴ Knappt 20 år senere var ulykken ute igjen og sykehuset brant ned tidlig på morgenkvisten 7. september 1791.³⁵ Da doktor Wandel døde i 1792, var det muligens ingen som var villig til å ta over. Sykehuset for venerisk syke ble ikke gjenoppbygget.³⁶

Pasientene

En rekke pasienter ble sendt til behandling ved det veneriske sykehuset. Som det fremgår av Sundius' beskrivelse, gjaldt det både voksne og barn. I gjennomgang av det overlevende regnskapet fra sykehuset i perioden 1761 frem til 1790, var det totalt 2005 pasienter innlagt. Dessverre er det store huller i arkivmaterialet: Årene 1772–73 mangler, trolig knyttet til den første brannen. Det er mer uklart hvorfor det er lakuner for årene 1784–86, samt 1788 og 1789. For en del av de tidligere årene er kun deler av årets regnskap bevart. Bruken av informasjonen til å trekke større slutninger om sykehuset og dets pasienter må derfor gjøres varsomt. Med disse forbehold viser kildene

31 *Norske Intelligenz-Sedler*, No 18, 29. april 1772, s. 1. <https://www.nb.no/items/98e9d1c67fed9d77439d6fd684f21303?page=0&searchText=Intelligenz> *Norske Intelligenz-Sedler*, No 19, 6. mai 1772, s. 8. <https://www.nb.no/items/c029daabf1f9ad61420178ef652e328a?page=7>

32 På nyåret 1787 ble det avholdt auksjon over hans eiendeler. *Norske Intelligenz-Sedler*, No 4, 24. januar 1787, s. 5. <https://www.nb.no/items/5c790c4dab8fae058c29de1905a35b8e?page=3>

33 Koblingen mellom Sundius og sykehuset er også tydelig blant folk flest, da en rekke av presteattestene vel så mye fremhever at den syke skal sendes til ham, fremfor til sykehuset, til behandling.

34 Kanselli Prom. skrivelse 17. november 1787. Wessel-Berg FA. *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660–1813*. Bind 3. Christiania: J.W. Cappelen, 1843, s. 334. <https://www.nb.no/items/311b746241cf538dc21dbec5c97a96f7?page=343> Både Arno Berg og Knut Sprauten omtaler spenninger mellom Wandel og statsadministrasjonen rundt de økonomiske rammene han var pålagt i driften av sykehuset. Da jeg foreløpig ikke har funnet gode nok primærkilder, går jeg ikke inn på dette her. Sprauten K. *Byen ved festningen: fra 1536 til 1814*. Bind 2. Oslo bys historie. Oslo: Cappelen, 1992, s. 380; Berg A. *Sykehuse i byen før 1814*, del 2. *St. Hallvard*, 1940, s. 252–4.

35 *Norske Intelligenz-Sedler*, No 36, 7. september 1791, s. 1. <https://www.nb.no/items/f7621dc9a0de7d5416e63d33dbcd8bfa8?page=0>

36 Sprauten påpeker at linjer kan trekkes videre til etableringen av et nytt sykehus på Galgeberg i 1794, men dette var såpass forskjellig fra det veneriske sykehuset at jeg tolker det som to separate, men delvis koblede sykehus. Sprauten K. *Byen ved festningen: fra 1536 til 1814*. Bind 2. Oslo bys historie. Oslo: Cappelen, 1992, s. 381.

at 63 % av pasientene var kvinner og 37 % var menn. Menn var neppe mindre utsatt for å få venerisk sykdom enn kvinner, så forklaringen på at menn er underrepresentert, er antakelig heller at de var i en bedre økonomisk situasjon og ikke i like stor grad trengte gratis helsehjelp. Det er også mulig at de fikk hjelp andre steder, slik som hos en militærkirurg.³⁷

Kvinner kan også ha blitt ansett som en større smittetrussel enn menn. En populær teori på kontinentet fra den franske bartskjær Nicolas de Blégné (1652–1722) påstod at kvinner med flere seksuelle partnere var kilden til sykdommen, da sæden ville blandes og fermentere i deres «unaturlig» overopphetede livmor.³⁸ Jeg har funnet lite som vektlegger kvinner som problem eller som en spesiell trussel i de tilgjengelige kildene fra Danmark-Norge. Det er likevel mulig at dette var en faktor i vurderingene som ble gjort.

Dersom vi retter oppmerksomheten mot ett år, 1761, hvor det er gode data for hele året, finner vi at kjønnsfordelingen var 65 % kvinner og 35 % menn, omtrent som for hele perioden. 23 % av de innlagte var barn, fra et noen måneder gammelt spebarn til en tenåring på 17 år. 40 % var innlagt med familiemedlemmer, 38 av de totalt 94 pasientene. Disse 11 familiene bestod av alt fra to medlemmer, gjerne mann og kone, til hele familier på seks personer med mann, kone og fire barn eller mor, fire barn og bestemor på 94 år.³⁹ For mange var dermed oppholdet ikke bare en individuell opplevelse, men en familieaffære. Den klareste fellesnevneren for disse pasientene er deres sykdom og økonomiske situasjon. I utgangspunktet var pasientene i disse kildene gratispasienter, men jeg har også kommet over tre tilfeller hvor det fremgår at foreldrene til pasienten har betalt for oppholdet.⁴⁰ I så måte fremstår disse tre som unntaket som bekrefter regelen.

Økonomi

Økonomi var et vedvarende problem i driften og omtalen av sykehuset i stat og administrasjon. I utgangspunktet la staten ut et forskudd og så skulle fogderiene til syvende og sist dekke utgiften for de som ble sendt til sykehuset gjennom sin fattigkasse. Sundius, og senere Wandel, drev dermed sykehuset selv, med ansvar både for det medisinske og det økonomiske med

37 En høy andel av den mannlige befolkningen i Norge var tilknyttet militæret i perioden. Sogner S. *Krig og fred: 1660–1780*. Bind 6. Aschehougs Norgeshistorie. Oslo: Aschehoug, 2005, s. 130–1. <https://www.nb.no/items/9c2f4a0192d9f3230680486e77d117f4?page=129>

38 Siena KP. Pollution, Promiscuity, and the Pox: English Venereology and the Early Modern Medical Discourse on Social and Sexual Danger. *Journal of the History of Sexuality* 1998; 8: 553–74, s. 562–5.

39 Statsarkivet i Oslo (SAO) SAO-10711, Kristiania magistrat, Helse sakarkiv, Ib/L0005, Vedlegg J til regnskap for Q1 1761 og vedlegg X til regnskap for Q3 1761.

40 Samtlige var ved sykehuset i 1777. SAO-10386 Kristiania stiftamt, Helsevesen, Fba/L0002, regnskap for 1777, Ingebor Ericsdatter, Nils Ericson og Else Jonsdatter.

innkreving av betaling og føring av regnskap.⁴¹ Det var også et krav om at legen ikke kunne få betaling for pasienter som ble syke igjen innen ett år fra forrige opphold i sykehuset. Tanken var at pasientene ikke var blitt kurert ved forrige behandling.⁴² Sundius på sin side argumenterte for at pasientene hadde blitt smittet på nytt. Regelen vedvarte likevel. Spenningen mellom nødvendigheten av å behandle de syke som et offentlig ansvar, og ønsket om å unngå kostnader forbundet med dette er tydelig i denne diskusjonen.

Forholdet mellom stat og folk

Etableringen av et sykehus med mål om å kurere de vanskeligstilte i samfunnet kan kobles klart til idealer i samtiden. Den merkantilistiske ideen som gjennomsyret de fleste vestlige land, var tanken om at det var en begrenset mengde ressurser tilgjengelig i verden. Det var derfor viktig for hver stat å sikre seg sin del, samt verne om ressursene sine. Et lands befolkning var en viktig ressurs som måtte tas vare på, da disse var en kilde til viktig arbeidskraft. Statlig oppmerksomhet mot helse samt vilje til å sette inn tiltak for å sikre befolkningens helse var derfor logisk. Men, som forhandlingene mellom visestattholderen i Norge og Rentekammeret i Danmark om etableringen av sykehuset viser, var det en viss tilbakeholdenhet fra sentraladministrasjonens side. Sykehuset ble opprettet på delvis provisoriske kår, basert på leie av en gård og en delvis finansiering, som var ment å kompenseres av de formuende i området.⁴³ Statlig investering skulle holdes til det minimale. Dette kan selvsagt anses som en generell nøktern og ansvarsfull økonomisk forvaltning fra statens side. Det ble imidlertid ikke stilt spørsmål til sykdommens alvorlighet og behovet for tiltak. Sykehuset ble også videre brukt som en modell ved etableringen av det første radesykehuset i Kristiansand, selv om det kan virke som om staten var mer beredt på å legge større midler i de mange radesykehusene sammenlignet med det veneriske sykehuset.⁴⁴ I så måte kan det veneriske sykehuset ses som en kime til utviklin-

41 Arno Berg skriver at Sundius slet med å få inn pengene han var skyldt slik at sykehuset derfor ble et stort tapsprosjekt for ham. Jeg har ikke funnet kildene som bekrefter dette, men det stemmer trolig. Berg A. Sykehusene i byen før 1814, del 2. *St. Hallvard*, 1940, s. 247.

42 Se reskript av 20. mai 1774, 30. august 1782 og 17. november 1787; Wessel-Berg FA. *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660–1813*. Bind 2. Christiania: J.W. Cappelen, 1842, s. 584. Wessel-Berg FA. *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660–1813*. Bind 3. Christiania: J.W. Cappelen, 1843, s. 49, 334–5.

43 RA-3111, Rentekammeret, Kammerkanselliet, Gfa/L0037: Norsk relasjons- og resolusjonsprotokoll, 1755, s. 222, No 38, s. 225.

44 Lie AK. *Radesykenes tilblivelse: historien om en sykdom*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008, s. 270, note 660. Feks. sykehuset i Flekkefjord. Dette sykehuset var riktignok i utgangspunktet ikke ment å bygges, men dette var en utvikling som ble gitt spillerom med doktor Deegen ved roret og på hans tomt. *Ibid.*, s. 276–7.

gen av ideen om å etablere sykehus som tiltak mot helseproblemer rundt i landet.

Statens ambivalente forhold til et kostbart og omfattende helseprosjekt i form av flere leger og behandlingsinstitusjoner på midten av 1700-tallet reflekteres i befolkningens blandede forhold til tilbudet. Arno Berg skriver at Sundius var en populær mann, og at det ikke ble fremsatt klager på han eller hans forpleining.⁴⁵ Forholdet var nok mer komplisert. For mange ved sykehuset var dette siste sjanse, fremfor et ønsket opphold. I flere av pasientenes presteattester fremgikk at den syke hadde brukt opp sine midler på andre behandlere og behandlinger, slik at de nå ikke hadde råd til å betale for opphold og behandling ved sykehuset.⁴⁶ Ofte var det heller desperasjon fremfor tillit til kompetansen og behandlingen som ledet mange dit. Sogneprest Niels Monrad (1716–?) i Nes kommenterte i sin rapport til radekommisjonen i 1778 at de syke som ble sendt til det veneriske sykehuset «saa hastig befordres eller de komme igien med dybe saar og huller og dog snart dør skrækker andre saa de heller forstikker seg.»⁴⁷

En del av skepsisen til sykehuset kan naturlig nok ha vært frykten for å dø der. Om vi ser på rapporten sendt til rentekammeret om driften de første 11 årene, 1756–66, døde 176 av de 1369 innlagte pasientene, 13 %.⁴⁸ Statistisk var dette trolig sammenlignbart med andre sykehus i Europa på samme tid. Ved Royal Infirmary i Edinburgh døde 4,7–10,5 % ved midten av 1700-tallet, mens ved det alminnelige sykehus i Murcia i Spania, San Juan de Dios, døde 18,6–19,5 %.⁴⁹ Slike statistiske oversikter reflekterer ikke nødvendigvis den opplevde virkeligheten for potensielle og faktiske pasienter. I en familie på seks som ble innskrevet i sykehuset 12. juni 1761, ble kun tre utskrevet som friske. Mor og de to yngste barna på seks måneder og fire år døde etter 40–52 dager.⁵⁰ For folk i deres hjem sogn kunne sykehuset fremstå som et farlig sted å oppholde seg.

45 Berg A. Sykehusene i byen før 1814, del 2. *St. Hallvard*, 1940, s. 254.

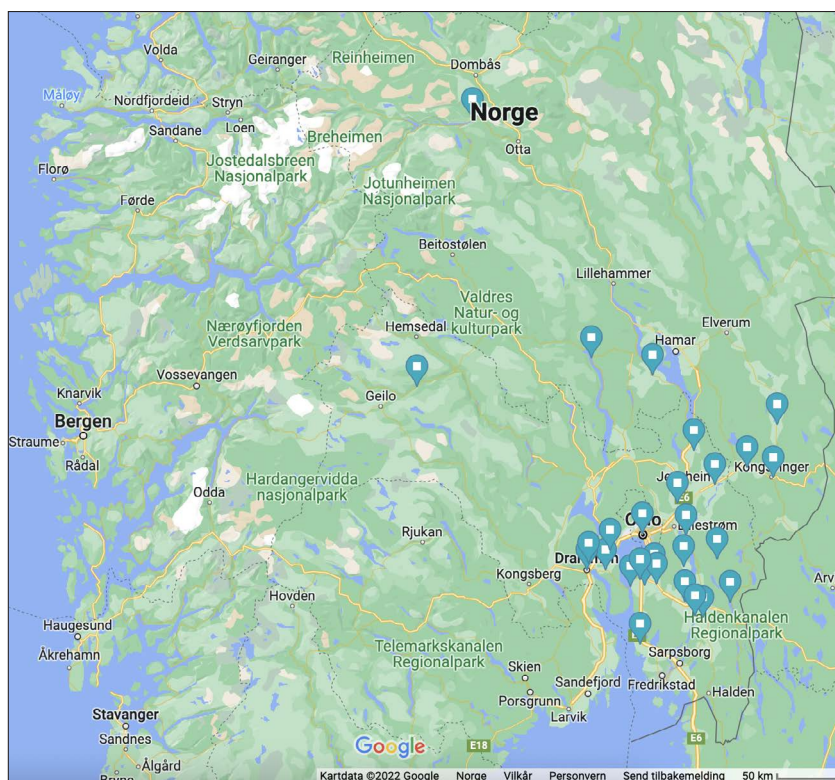
46 Se f.eks. Marthe Thomasdatter 1771, Mads Halvorsen 1771, Johanne Jonsdatter 1763, Even Larsen 1763 og Marie Larsdatter 1781. SAO-10711 Kristiania magistrat, Helse- sakarkiv, Ib/L0006; SAO-10711 Kristiania magistrat, Helse- sakarkiv, Ib/L0005; SAO-10386 Kristiania stiftamt, Helsevesen, Fba/L0002.

47 RA- 4061 Danske Kanselli, Skapsaker, F, L0030, rapport fra sogneprest Niels Monrad i Nes (Akershus/Viken)

48 RA-4070, Rentekammeret inntil 1814, Realistisk ordnet avdeling, Kjøpsteder Kh/L0003 Kristiania, Beregning over sygehuuset i Christiania for 1756–61 og 1762–66, datert henholdsvis 26. nov. 1768 og 24. des. 1768.

49 Lindemann M. *Medicine and society in early modern Europe*. 2. utgave. New approaches to European history, Cambridge: Cambridge University Press, 2010, s. 177.

50 SAO-10711 Kristiania magistrat, Helse- sakarkiv, Ib/L0005 regnskap fra venerisk sykehus Q3 1761, vedlegg Y. Anders Ericson og Kari Tostensdatter med barn.



Figur 2. Oversikt over sognene som pasientene ved sykehuset kom fra i 1761. Kartdata ©2022 Google.

Også praktiske omstendigheter kunne telle mot et opphold ved sykehuset. For mange kunne reisen være lang. Sykehuset skulle stå til rådighet for behandling av pasienter i Akershus stiftamt, hvilket utgjorde stort sett hele Østlandet, fra Gudbrandsdalen og Østerdalen i nord og til Telemark i sør. Blant de innlagte pasientene i 1761 (figur 2), kom de fleste fra de nærmeste delene rundt Christiania, men det var også pasienter fra Vågå og Ål sogn. Det ville være både krevende og kostbart å reise til sykehuset og ta mye tid. Ikke bare tok det tid å komme seg til sykehuset, men oppholdet der kunne ofte være langvarig. I snitt var pasientene som var innlagt i perioden 1761–83 i 78 dager, altså litt under tre måneder. Det var riktignok stor variasjon, fra det korteste på åtte dager til det lengste på tre år og 25

Kort om sykehuset

- Sykehuset ble etablert i Fjerdingen i utkanten av Christiania i 1755.
- Sykehuset skulle kun behandle venerisk syke fra Akershus amt, som omfattet store deler av Østlandet.
- Hensikten var å kurere pasientene, ikke være en oppbevaringsanstalt.
- Fattige pasienter ble behandlet gratis.
- Sykehuset brant ned i 1772, men fortsatte i nye lokaler. I 1791 brant det ned på ny og ble ikke gjenoppbygget.
- To leger var knyttet til sykehuset: Peder Sundius (1725–86) gjennom de første 30 år, fra 1756 til 1786, og deretter Niels Wandel (1752–92).

dager.⁵¹ Ved å gruppere oppholdet i frekvenser, finner vi at de fleste var innlagt i 31–120 dager (tabell 1). Dette var en lang periode å være borte fra familie og arbeid, spesielt med tanke på arbeidsfellesskapet familiene utgjorde på denne tiden. Sykehusoppholdet kunne dermed være krevende både arbeidsmessig og økonomisk. Den kanadiske historikeren Kevin Siena viser nettopp til varigheten av behandlingen som et hinder for pasienter også i London, der minimumsoppholdet var 4–6 uker.⁵² Med tanke på at hospitaler var assosiert med livsvarig innleggelse, kan også ideen om kortere opphold ved et kurativt sykehus ha vært fremmed og tatt tid for befolkningen å ta inn over seg.

Skammen forbundet med sykdommen kunne også være et hinder til å benytte veneriske sykehus. Mange prester og leger i Norge kommenterte dette som en hindring for at folk søkte hjelp i tide, om i det hele tatt. Det var trolig vanskelig å skjule at man skulle reise av gårde til det veneriske sykehus for behandling. Men for mange var sykdommen så langt fremskredet at det ikke lenger var mulig å skjule symptomene. Da kunne sykehuset være et håp om redning. 14. mai 1773 søkte syv mennesker til kongen om midler til å kunne behandles ved sykehuset i Christiania, hvor de viste til

51 Anne Olsdatter hadde det korte oppholdet på åtte dager ved sykehuset i 1779, uten at det forklares nærmere, mens Marie Larsdatter ble innlagt i mars 1781 og ble først utskrevet i juni 1784. Forklaringen til det lange oppholdet var i henhold til Sundius hennes tidligere uheldige behandling hos en «skoleholder i Wilster» som forårsaket hennes sykdom til å bli spesielt «ingroed». SAO-10286, Kristiania stiftamt, Helsevesen Fba/L0001 Regnskap fra sykehuset 1778 og 1783.

52 Siena KP. *Venereal Disease, Hospitals and the Urban Poor: London's «Foul Wards» 1600–1800*. Rochester, N.Y: University of Rochester Press, 2010, s. 40.

Antall dager	0–14	15–30	31–60	61–90	91–120	121–150	151–180	181–365	Over 365
Antall pasienter	7	36	710	681	236	80	34	45	13

Tabell 1. Frekvenstabell over antall dager pasientene i perioden 1761–83 var innlagt i sykehuset.

hvordan de var blitt skjøvet ut fra sine samfunn med synligheten av deres sykdom: «Vi usle Mennisker kan ej annerledes faae Huus end vj maae skiule vor Tilstand saavit mueligt».⁵³ Sykehuset kunne være et håp for dem hvor sykdommens fysiske og sosiale konsekvenser var store.

Konklusjon

Opprettelsen av det veneriske sykehuset i Christiania reflekterer en spenning i motivasjonen hos stat og lokaladministrasjon om en ny helsepolitikk inspirert av tidens idealer.

På den ene siden var det ikke tvil om at noe måtte gjøres, og fra statlig og administrativt hold var offentlig godkjente helsearbeidere og institusjoner det beste middelet for å utslette et slikt helseproblem. På den annen side var økonomien en barriere. Staten ville ikke pålegge seg større utgifter enn strengt nødvendig. Helst skulle lokalmiljøet drifte løsningen selv. Mulige forklaringer kan være statens dårlige økonomi, at ideen om helse som en fast statlig utgift for å sikre sunne innbyggere ennå ikke var helt etablert, Norges stilling som en utkant i det dansk-norske riket samt at sykdommen hadde skammelige moralske konnotasjoner. Befolkningen søkte tidvis desperat om hjelp på alle mulige vis, men var også skeptiske til en slik helseordning.

Prosjektet om et venerisk sykehus kan ses som et tidlig stadium i en utbygging av det vi i dag tenker på som et helsevesen. Stat og befolkning prøvde seg forsiktig frem og testet ut sine roller og sin tillit til hverandre. Erfaringen tok man med seg videre i etableringen av radesykehusene, men også i senere sykehusordninger der man gikk bort fra en ordning der legen hadde både det økonomiske og administrative ansvaret i sykehuset. Det veneriske sykehus spilte i så måte en viktig rolle i læringsprosessen for videre utvikling av sykehus og helsevesen i Norge.

53 RA-3023, Danske Kanselli, Kansellibrev, Ga/L0047 mai 1773, no 378.

Summary

The venereal hospital – the first curative hospital in Norway

The venereal hospital in Christiania is well-established as the first treating hospital in Norway. However, its role in the history of medicine has been largely overlooked in favour of the hospitals dedicated to the Norwegian Radesyke. In this article, I examine its history and its role as a kind of pilot project for a new type of hospital in Norway as well as testing the relationship between government and the population regarding health. By examining the history of the hospital and the many challenges it faced we find a tension between different motivations in the government – between their desire to have a healthy population and the desire not to be burdened unduly with the financial and practical responsibility. The general population view of the official involvement and suggested solution was also complicated by numerous other considerations. The hospitals history thus gives insight into a very early stage in developing a health care system.

Susann Holmberg
susann.holmberg@hvl.no

Susann Holmberg er førsteamanuensis i historie ved Høgskulen på Vestlandet i Sogndal. Hun har forsket på kunnskaps- og medisinhistorie, og forsvarte doktoravhandlingen Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway ved Universitetet i Oslo høsten 2020.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Kva lærte me egentleg av pandemien?

Michael 2023; 20: 64–74.

Koronapandemien har lært oss at eit robust helsesystem er i stand til å møte kriser på ein forsvarleg måte, sjølv om planane ikkje er fullkomne. Me har også fått erfara at påkjenningane på folk og samfunn ved epidemiar handlar om mykje meir enn sjukdom og død. Eit velorganisert demokrati med tillit mellom folket og styremaktene er då gull verd. Internasjonalt samarbeid er avgjerande for å sikra nødvendige forsyningar. Det krev tid å byggja opp tillit og relasjonar. Heldigvis ser det ikkje ut til at koronapandemien har øydelagt for oss. Samspelet mellom lokalsamfunna og statsmakta fungerte, men her er det nok rom for å gjera det betre.

I januar 2020 då det etter kvart byrja gå opp for oss at verda sto ved starten av ei mogeleg helsekrise, var det mykje me enno ikkje visste om viruset og alvoret i situasjonen (1). Det var knapt nokon som meinte at me skulle vera passive. Debatten, også mellom medisinarane, gjekk høgt i vekevis frå tidleg i mars 2020 om kva tiltak som var nødvendige og kva verknad me kunne venta oss av desse. Vaksine var enno ikkje tilgjengeleg. Me kjende ikkje lækjemiddel som hadde sikker verknad. Diskusjonane handla derfor ikkje minst om allmenne tiltak, slik som bruk av munnbind og avgrensing av kontakt mellom menneske.

Tre år seinare er kunnskapen langt meir omfattande. Likevel er det mykje me enno ikkje veit og er svært så usikre på. Føremålet med denne artikkelen er å trekkja nokre linjer frå erfaringar under pandemien til sentrale kunnskapshól som me må arbeida meir for å fylla i åra som kjem. Teksten byggjer på allment tilgjengeleg dokumentasjon. Vurderingane er prega av forfattaren si deltaking i Koronakommisjonen (2020–2022) og det strategiske samarbeidet mellom Helse Stavanger HF og Stavanger kommune for å tilpassa nasjonale risikobilete til lokale forhold.

Landet var godt rusta for å møte ei krise

Sjølv etter tre år, er talet på døde og alvorleg sjuke av koronaviruspandemien her i landet relativt lågt. Per 6. februar 2023 er det noko over 5000 døde registrerte hos oss (2). Rett nok såg me gjennom 2022 ein stor auke i covid-19-assosierte dødsfall i dei eldste aldersgruppene (3). Men det er enno eit stykke til me samla sett tar att Sverige, med sine over 23.000 døde (2).

Sjølv etter tre år, er me ikkje trygge på forklåringane bak denne skilnaden. Det treng slett ikkje vera slik at skilnaden finn heile forklaringa si i at Sverige og Noreg møtte pandemien på noko ulike måtar. Busetnadsmønsteret er annleis i Sverige enn i Noreg, den etniske samansetjinga av befolkninga er ulik og dei totale dødstala i Sverige var noko lågare enn i Noreg før pandemien.

Det er også godt dokumentert at Noreg, særleg dei første månadene av pandemien, viste ei stor omstillingsevne. Den omstillinga som måtte til, var krevjande, både for einskildmenneske og for samfunnsøkonomien. Mykje tyder på at dei økonomiske kostnadene likevel blei mindre her i landet enn i mange andre land som det er rimeleg å samanlikna oss med (4). Landet hadde økonomiske ressursar som kunne bera oss gjennom ei mellombels økonomisk krise. Når arbeidsgivarane kunne senda folk ut i permisjon i staden for å gå til oppseiingar, viste det seg også lettare å få dei tilsette tilbake i arbeid når det blei aktuelt. Kort sagt, landet betalte for å redusera unødige og truleg endå meir kostnadskrevjande etterverknader av dei samfunnsmessige akutte og direkte følgjene av krisa. Dette må me kikka nærare på, for slett ikkje alle, heller ikkje økonomane, var samde om korleis ein skulle tilnærma seg dette i mars 2020 (5).

Koronakommisjonen peikar på at det norske samfunnet, trass i mange sårbare tenester og tiltak, viste seg godt rusta til å møte ei krise som dette. Det er stor tillit mellom folk og mellom innbyggjarane og styremaktene, trepartssamarbeidet mellom staten og partane i arbeidslivet viste seg enno ein gong å vera ein nyttig samarbeidsarena, eit høgt utdanningsnivå la til rette for at folk flest kunne forstå og tolka nødvendig informasjon, god digital infrastruktur gjorde omstillingane i arbeidsliv og skule mogelege og helsetenestene viste seg å vera gode og robuste. Det spreidde busetnadsmønsteret og relativt romslege bustader hindra kanskje også smitte, men gjorde uansett gjennomføringa av ulike tiltak lettare (4).

Sjølv om me seinare skal koma tilbake til nokre sårbare punkt, er det viktig å merka seg at dei forholda som gjorde landet godt rusta til å møte denne krisa, var av allmenn art. Det handla ikkje først og fremst om at me hadde eit tilpassa beredskapsplanverk.

Tiltaksbyrda kom overraskande

I all tidlegare pandemiplanlegging med tilhøyrande øvingar, har me tatt omsyn til dei samfunnsmessige følgjene av sjølv sjukdommen. Redusert kapasitet i offentlege tenester og private verksemdar som følgje av stort sjukefråvær, har vore noko me har rekna med (6).¹ Men det som kom overraskande på meg, og mange med meg, var den store byrda som blei lagt på einskildmenneske og samfunnet som direkte følgje av gjennomføringa av ulike smittereduserande tiltak. Det kan ha noko å gjera med at me har planlagt for ein influensaepidemi, og det var slett ikkje det me fekk å bryna oss på.

På dette området er det behov for å sankta endå meir kunnskap. Her spørst det dessverre om me skusla bort viktig kunnskap på vegen. Her hadde det vore høve til å setja opp prospektive forskingsprosjekt. Det blei føreslått, men ikkje gjort.

Til dømes når det gjeld opplæringa i grunnskulen og den vidaregåande skulen, veit vi fint lite om den reelle tiltaksbyrda som blei lagt på elevane. Til det er kartleggingane alt for grovmaska. Variasjonane mellom kommunane, og til dels også innanfor ein og same kommune, ser ut til å ha vore store. Koronakommisjonen tilrår at den kunnskapen som ligg til dømes hos statsforvaltarane blir lagt til rette for forskingsformål (4). Kor vidt det lar seg gjera er uvisst.

Dette tyder at sjølv om ein på sentralt hald kjem med gode analysar og utformar konkrete forslag til tiltak, er ikkje det nok (7). I og med at mykje av erfaringane her er prega av lokale tilhøve, er det kanskje ein idé at fleire kommunar gjer som Stavanger og lagar sine egne utgreiingar om tiltaksbyrda for barn og unge (8)? I dette arbeidet i Stavanger såg ein raskt at utfordringane ikkje var isolerbare til verknadene av pandemitiltaka. Dei som uavhengig av pandemien hadde utfordringar, fekk desse forsterka av pandemitiltaka i langt større grad enn dei som elles greidde seg bra (9).

Dette burde ikkje vera overraskande. Den som kjem «stående» ut av ei krise, kan veksa på ho. Dersom ein ikkje lukkast gjennom krisa, kjem ein ut som tapar. Her er det kunnskap å henta som kan vera viktig for tiltaksutforminga ved neste krise, anten det er ein smittsam sjukdom på verdsvandring, krigshandlingar som påverkar oss eller klimarelaterte situasjonar som gradvis kan koma snikande. Dette kjenner Noreg frå før. Då den andre verdskrigen råka oss, blei skulegangen avbroten for mange. Fleire fekk aldri fullført den dåverande sjuårige grunnskulen. Erfaringane frå den gongen er

1 Sjå punkt 1.4. Sikring av samfunnskritiske funksjoner, første avsnitt (4).

i liten grad tatt vare på. Dessverre ser det ikkje lovande ut denne gongen heller.

Dei rådande beredskapsprinsippa blei utfordra av globale forsyningskjeder

Dei siste tjue åra har ein lagt stor vekt på at samfunnstryggleik og beredskap skal byggja på nokre allmenne prinsipp (10). Den som har ansvar for ein sektor eller oppgåve i det daglege, skal også ha ansvaret i krisesituasjonar (ansvarsprinsippet). Handteringa av kriser og ansvarslinene i krisesituasjonar, skal vera mest mogeleg like dei som gjeld til vanleg (likskapsprinsippet). Kriser skal også handterast på det lågast mogeleg nivået (nærleiksprinsippet). Etter hendingane 22. juli 2011 definerte ein også forventningane om at ulike instansar samarbeider og samordnar innsatsen sin under kriser som eit allment prinsipp (samvirkeprinsippet).

Desse prinsippa blei utforma i lys av ulike hendingar i Noreg på 1990-talet. Då var «den kalde krigen» over, og det var hendingar med ei geografisk plassering innanlands som definerte trusselbiletet. Nasjonale kriselager og særlege beredskapsordningar blei gradvis nedbygde (11).

Desse prinsippa tar ikkje inn over seg dei særlege utfordringane me møter når beredskapen sviktar på grunn av forhold utanfor riket. Ansvars- og nærleiksprinsippa er til lite hjelp for folket, kommunane eller helseføretaka når ansiktsmasker, munnbind og vaksinar ikkje lar seg oppdriva gjennom dei vanlege forsyningslinene (4, 12).

Pandemien synte oss tydeleg at det finst kriser der dei vanlege beredskapsprinsippa ikkje står prøven. Då er det vesentleg å innsjå at det er innsatsen i seg sjølv, og ikkje prinsipp og planar, som er det eigentlege verkemiddelet i beredskapsarbeidet. Det finst mange slike som utfordrar prinsippa våre. Alle kriser der globale vare- og verdikjeder blir uroa fell inn i denne kategorien. Krigen i Ukraina og sabotasjane mot gassforsyninga til Vest-Europa hausten 2022, er andre handfaste døme på situasjonar der beredskapsprinsippa blir utfordra.

Det som berga landet for alvorlege forsyningskriser når det galdt smittevernutstyr og vaksinar, var personlege kontaktar og gode vennskap med andre land (4, 12). Gode venner er avgjerande i kriser. Her kjem ein ikkje utanom at flasketuten peikar på den sentrale statsmakta som hovudansvarleg. Dei sårbare forsyningslinene var velkjende frå erfaringane med tidlegare hendingar. Så får det bli ei politisk oppgåve å avgjera i kor stor grad slike vennskap skal formaliserast gjennom ulike former for avtalar og organisatorisk tilknytning, t.d. gjennom deltaking i EUs fjerde helseprogram (13).

Påviste truslar må handterast, men ein kan ikkje planleggja for alt

Av dei sjeldne, alvorlege hendingane som ein rekna med kunne føra til alvorlege situasjonar her i landet, har pandemi stått øvst på lista når det gjeld konsekvens og sannsyn sidan Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap starta med analysar av krisescenario i 2011 (14). Koronakommisjonen rettar kritikk både mot manglande beredskap, trass i denne kunnskapen om trusselen, og for at regjeringa ikkje i beredskapsarbeidet har tatt omsyn til korleis risiko i ein sektor kan vera avhengig av risikoen i andre sektorar (12).

Utfordringane med pandemi, som andre sjeldne hendingar, er at dei vanskeleg finn plassen sin i dei årlege driftsbudsjetta. Det som ikkje skjer jamleg, tapar administrativ og politisk merksemd. Når det gjeld planlegging og budsjettering av kompetanse og kapasitet, er det også vanskeleg å vega store, men sjeldne behov opp mot mindre, men hyppige krav.

Kapasitet og kompetanse må verka i lag

Dette siste ser vi ikkje minst i diskusjonane omkring kapasiteten på intensivplassar i sjukehusa. Koronakommisjonen peikar på at det nok var for låg kapasitet på intensivplassar i norske sjukehus ved inngangen til pandemien (4). Men kva skal rett kapasitet vera? Det vil truleg vera sløsing, både med økonomiske ressursar og kompetent personell, om ein skulle planleggja for hendingar som skjer med fleire tiårs mellomrom. Slik sett ville frå 20 % til 50 % fleire intensivplassar vera til nytte i det daglege arbeidet i sjukehusa i ein normalsituasjon, men, tja, slett ikkje nok dersom ein pandemi med luftvegssjuka pasientar slår til for fullt.

Beredskapen må då heller byggjast kring god allmenn fagkompetanse og fleksibilitet i organiseringa, t.d. ved at oppgåver som til vanleg ligg på sjukehusa, kan flyttast til kommunane på ein forsvarleg måte når det røyner på. Dette såg me også skjedde under denne pandemien. Fleire sjukare pasientar, t.d. med pustevanskar, blei behandla på kommunale sjukeheimar enn det som er vanleg.

Er det noko å læra her frå samarbeidet mellom helseføretaka og kommunane under pandemien, som kan ha noko å seia for det daglege arbeidet elles? Eller er det rett og slett behov for meir omfattande og grunnleggjande endringar, t.d. ved at ein gjer som fleirtalet i Helsepersonellkommisjonen foreslår og samlar ansvaret for tenesteytinga på eitt forvaltningsnivå (15)?

Slik sett er det også grunn til å spørja om den sterke kritikken mot den svenske eldreomsorga eigentleg er ein kritikk over at ein jamt over har eit lågare sjukepleiefagleg kompetansenivå i primærhelsetenesta i Sverige enn

det me har i Noreg (16). Dette bør me sjå nærare på, for i skilnadene mellom desse to nabolanda er det truleg mykje kunnskap å henta.

Lokalsamfunnet som handlingsarena og kommunelegerolla

Sjølv om pandemikrisa ikkje fullt ut kunne møtast med dei rådande beredskapsprinsippa, er det ingen tvil om at kommunane har hatt ei viktig rolle i handteringa av utfordringane knytte til pandemien. Det er knapt nokon tvil om at den svært effektive gjennomføringa av vaksinasjonane i 2021 skuldast innsatsen frå kommunane (4, 17). Her makta ein å utløysa ikkje berre dei offentlege, kommunale ressursane, men ein fekk også monaleg draghjelp frå friviljuge lag, noko som er ganske typisk for Noreg i krisesituasjonar (18).

Achilles-hælen her er kommunelegane. Variasjonen i korleis kommunelegerolla blir oppfatta, er svært stor. Sjølv om dei alle fleste kommunelegane gjorde ein formidabel innsats gjennom månader og år, er det liten tvil om at kommunelegane samla sett ikkje var godt nok rusta for pandemien (4). Ordninga var ikkje robust nok, trass i at jobben jamt over blei gjort, og det attpå til på ein tilfredsstillande og forsvarleg måte.

Ei sak var organiseringa av kommunelegeoppgåvene. Nokre hadde ei sentral plassering i det kommunale hierarkiet, som ga tilgang til makthavarane i kommunane. Andre var heilt marginaliserte i organisasjonen, utan høve til reell påverknad.

Ei anna sak var alle dei krava som statlege, sentrale styremakter la på kommunane og kommunelegane, ofte på kort varsel. Når så dette blei kopla opp mot varierende grad av støtte frå andre offentlege organ i gjennomføringa av viktige smittevernoppgåver, blei det utan tvil eit uakseptabelt press på kommunelegane.

Her er det eit ryddearbeid å gjera. Men lat oss vona at dette ikkje kjem til å rokka ved den smittevernmakta som kommunane og kommunelegane har gjennom smittevernlova. Det kan nok vera grunn til å revidera til dømes § 4-1 i smittevernlova, som legg handlingsmakt både til staten og kommunane i smittevernarbeidet. Men makta til kommunane må ikkje fjernast. Det var berre få gonger at den maktbruken som kommunane utøvde ikkje sto si prøve.

Ved ein revisjon bør ein såleis heller prøva å skilja makta til staten og makta til kommunane i to ulike reglar, og laga noko meir tydelege kriteria for når denne makta kan nyttast. Samordningsrolla til statsforvaltarane må klargjerast (4).

Vidare er det truleg vesentleg å arbeida vidare med ei klårgjering av oppgåvene som kommunelegen som smittevernkunnig har overfor andre

offentlege og private verksemdar i lokalsamfunnet. I samheng med dette er det interessant å sjå at smittevernlegen i Sverige er plassert på fylkesnivå (landstinget) og ikkje i lokalsamfunnet. Det bør vi ikkje ønskja oss her i landet.

Kva er naturlege epidemiologiske einingar i dag?

Denne pandemien har ettertrykkleg vist oss at ein farang er eit fenomen som breier seg ut i eit geografisk rom og langs ein tidsakse. Sjølv i eit så pass lite og homogent samfunn som Noreg, er det tydeleg at dei geografiske eininga ikkje må gjerast for store dersom ein skal kunna ha dagsaktuelle risikobilete av smittesituasjonen. Kort sagt: Nasjonale scenario utvikla av Folkehelseinstituttet er ikkje nok. Ei lokal erfaring hos oss i Stavanger var at vi sjeldan eller aldri var heilt i fase, korkje med landet som heilskap eller med naboane i Kristiansand i sør eller Haugesund i nord.

Derimot lukkast me rimeleg godt gjennom nærare to år å tilfredsstilla planleggingsbehova våre med egne scenario. Modellane me brukte var tilsvarende dei ein nytta på nasjonalt nivå, men med egne data lagde inn som utrekningsgrunnlag. Desse lokalt utvikla risikobileta, kopla saman med tett dialog mellom smittevernlegane i kommunane og smittevernlegane på sjukehuset, ga ein samlande tryggleik for handteringa frå dag til dag og veke til veke.

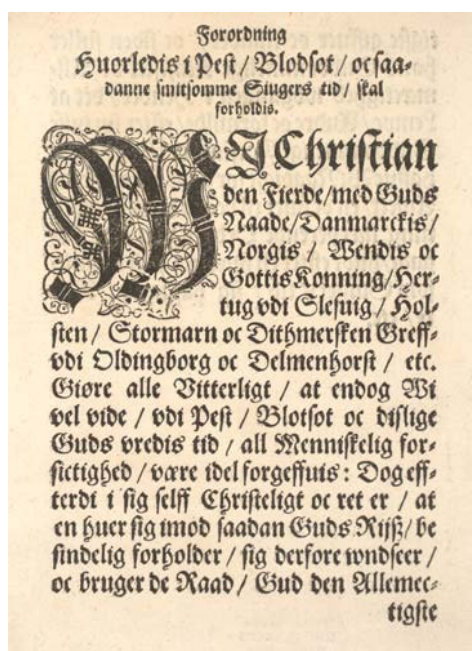
Dersom ein skal arbeida vidare med modellar for epidemiscenario, er det kanskje eit poeng å testa ut om ei «build up»-tilnærming er meir fornuftig enn utvikling av eit landsscenario som skal brytast opp lokalt. Kanskje den fornuftige epidemiologiske eininga i store delar av Noreg i vår tid er helseføretaksområda? Kommunane er heilt klårt for små, landet for stort, og det er truleg også mange av fylka. Uansett er det viktig at kommunane og helseføretaket samarbeider om dei daglege risikobileta. Det er i grenseflata mellom desse tenesteytande einingane at kvaliteten både på det kurative og det profylaktiske blir skapt.

Kan me få medisinalmeldingane tilbake?

Frå tidleg på 1800-talet og i nærare 200 år har me årlege, skrivne medisinalmeldingar frå distriktslegane i Noreg (19). Innhaldet i dei og kvaliteten på innhaldet, vurdert både ut frå dåtidas krav og no, er varierende. Men uansett har me gjennom desse skriftlege rapportane observasjonar og vurderingar av medisinsk art frå ulike lokalmiljø i Noreg. Då distriktslegane gjekk over frå å vera statleg tilsette til kommunelegar i 1984, fall etter kvart denne tradisjonen saman.

Mykje av den lokale kunnskapen som er opparbeidd gjennom dei tre åra me no har levd med koronapandemien er vanskeleg å strukturera med tanke på forskning og fagutvikling i dag. Det er i liten grad kravd eller lagt til rette for systematisk tilbakemelding av erfaringar frå dei som har stått i første linje i pandemiarbeidet. Det er synd, for der ligg det erfaringar som kan foredlast fram til gangbar kunnskap. Derfor er det viktig at sentrale statsorgan, som Folkehelseinstituttet, sørgjer for at rapportar frå kommunane blir sankt inn og framstilt samla (20).

Tida er i ferd med å renna ut for eit truverdig «manns minne». Kanskje det enno er noko å henta dersom kommunar og helseføretak prøver å samla erfaringane sine i interne rapportar? Det kan knapt vera nokon tvil om at mange einskildmenneske har lært mykje for sin eigen del gjennom desse tre åra som no har gått. Medisinsk fagleg har også kunnskapen om koronaviruset og sjukdommen det gir auka sterkt. Men kor mykje har organisasjonane og samfunnet lært om evna til å møte det uventa og handtera det uvisse? Me seier at me vil vera budde på den neste krisa. Er me det? Har me ikkje framleis ei oppgåve i år foredla dei erfaringane me har slik at det formar seg ny kunnskap?



Figur 1. Første side av Christian IVs pestforordning av 1625. Kilde: Det Kgl. Bibliotek, København. <http://www2.kb.dk/tekster/pestforordning1625/01.html>

Epilog

I eit historisk perspektiv er det grunn til å tenkja over om me i møte med nye epidemiar og pandemiar står overfor den same kunnskapsmessige uvissa som ein også gjorde for 400 år sidan i møte med smittsame sjukdommar. Christian IV fastsette i 1625 ei pestforordning. Tiltaka i den liknar til forveksling på dei tiltaka som regjeringa fremja i mars 2020. Rett nok er siste prikkpunkt ikkje å finna på talelista til verken statsrådar eller helsedirektørar anno 2020!

- For at ingen i den anledning skal fratages sine retmæssige indtægter, så skal borgmesteren, bystyret og politimesteren omhyggeligt holde øje og opsyn med vor og kronens retmæssige indtægter [...] Formålet er, så vidt muligt, at hverken vi, kronen eller andre berørte fratages eller fralistes noget til trods for forbuddet mod indrejse.
- Dernæst når nu sygdommen opdages i et hus, og førend den bliver almindelig i byen, så skal de, der bor derinde, holde husene og vinduerne til gaden lukket. De må ikke gå ud noget sted for at komme i kontakt med folk eller lade nogen uvidende komme til dem. Borgmestre og bystyre skal dog sørge for, at sjælesørgerne besøger og trøster dem, [...]
- Men sker det, at dørene lukkes til hos nogle fattige, som ikke har råd til at forsøge sig selv, så er borgmestre og bystyre forpligtet til at skaffe disse fattige øl, mad, medicin og andre livsfornødenheder af byens midler.
- I pesttid skal der heller ikke holdes nogen store bryllupper eller anden sammenkomst.
- Når nogen i en sådan tid afgår ved døden, så skal kun de nærmeste slægtninge og nogle få af naboerne indbydes til at møde i gaden, når liget bæres ud.
- Når nu sygdommen med sikkerhed viser sig i den nærmeste egn, skal der først og fremmest ske bøn og gudspåkaldelse for at afvende Guds vrede og straf. Derudover skal folk opfordres til at gøre bod.

Tekstboks 1. Utdrag frå Christian IVs pestforordning av 1625 bearbejdet til nudansk. Kilde: <https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/christian-4s-pest-forordning-1625>

Litteratur

1. Aavitsland P. Koronavirusepidemien vil ramme Norge. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: 212. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0077>
2. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infectious Diseases* 2020; 20 (5): 533-534. <https://github.com/CSSE-GISandData/COVID-19> (6.2.2023).
3. Folkehelseinstituttet. *Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020 til høsten 2022. Notat*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/publ/2022/Dodelighet-under-pandemien/> (11.1.2023).
4. NOU 2022:5. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, 2022. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/> (11. 1.2023).
5. Ersdal TA, Braut GS. Jo, gevinstene av strenge smittetiltak er klare – kanskje over 500 milliarder. *Dagens Næringsliv*, 28. mars 2020: 69.
6. Helsedirektoratet. *Pandemiplanlegging. Nasjonale faglige råd. Oppdatert 13. november 2019*. Oslo: Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging> (11. 1.2023).
7. *Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge*. Nettside. Oslo: Bufdir. https://www.bufdir.no/aktuelt/temaside_koronavirus/tjenestetilbudet_til_barn_og_unge_under_covid_19_pandemien/ (Lest 6. februar 2023)
8. Mæstad IT, Angell-Olsen ML, Haaland VF et al. *Unge i Stavanger under pandemien*. Stavanger: Stavanger kommune, 2021. https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/politikk/utenforskinskommissjonen/stavanger-kommune-2131-ung-utenforskin_web-rapport_a4.pdf (11.1.2023).
9. Mæstad IT, Angell-Olsen ML, Haaland VF et al. *Ungt utenforskin i Stavanger*. Stavanger: Stavanger kommune, 2022. https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/politikk/utenforskinskommissjonen/delrapport-2_ung-utenforskin_interaktivpdf_sg.pdf (11.1.2023)
10. St.meld. nr. 17 (2001-2002). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Justis- og politidepartementet, 2002.
11. Larsen E, Kaiser JH. *Den kalde krigen – og Vestfold – 1948-1991*. Stokke: E-forlag, 2016.
12. NOU 2021:6. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, 2021. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/> (11.1.2023).
13. European Commission. *EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union*. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en (11.1.2023).
14. DSB. *Analysar av krisescenarior 2019*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap, 2019. <https://www.dsbinfo.no/DSBno/2019/tema/aks-2019-nyn-#/> (11.1.2023).
15. NOU 2023:4. *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> (6.2.2023).

16. SOU 2020:80. *Åldreomsorgen under pandemin*. Stockholm: Socialdepartementet, 2020. https://www.regeringen.se/4af379/contentassets/a8e708ff5e84279bf11adbd0f78fcc1/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin.pdf (11.1.2023).
17. Hungnes T, Vik E, Veddeng O. Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142 (16): 1391-1395. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0396>
18. Aasland T. *Frivillighet i samvirke. Frivillige organisasjoners medvirkning i redningstjeneste og beredskapsarbeid. Avhandling for graden doctor philosophiae*. Stavanger: Universitetet i Stavanger, 2022. https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/2995951/Aasland_Tora.pdf (11.1.2023)
19. Schjønby HP. *Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport. Rapport frå Helsetilsynet 6/2004*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter/2004/medisinalmeldingene_1804_rapport_062004.pdf (11.1.2023).
20. Andreassen T, Coward SK, Falk M et al. *Erfaringar etter handteringa av smitte og utbrot av covid-19 i Noreg hausten 2021 og vinteren 2022 i utvalde kommunar*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/erfaringar-etter-handteringa-av-covid-19-i-kommunar-.pdf> (6.2.2023).

Geir Sverre Braut
gsb@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
Postboks 8100
4068 Stavanger

Geir Sverre Braut er lege og spesialist i samfunnsmedisin. Han er seniorrådgivar ved Stavanger universitetssjukehus og professor ved Høgskulen på Vestlandet. Han var medlem av Koronakommisjonen (2020–2022).

Artikkelen er fagfellevurdert.

Tips oss om bøker

Michael 2023; 20: 75.

Michael har de siste par årene satset systematisk på bokanmeldelser (1, 2). I 2021 publiserte vi 40 omtaler av 49 bøker (2). I 2022 var det 44 tekster om 46 bøker. I løpet av disse to årene er altså nesten hundre bøker anmeldt. Og i dette nummeret bringer *Michael* 12 nye anmeldelser.

I prinsippet kan bokkritikk ha minst fire funksjoner. Den *journalistiske* er å opplyse om nye utgivelser, den *rådgivende* er å fortelle om verket er leseverdig eller ikke, den *perspektiverende* skal sette boken i en ramme og den *underholdende* er når anmeldelsen i seg selv er verdt å lese (3). *Michaels* ambisjon er å oppfylle alle fire funksjoner.

Men anmelderiet er truet fra flere kanter. Tellekantene teller dem ikke. De bidrar ikke til impaktfaktoren. Det krever tid og penger å velge ut bøker, holde kontakt med forlag, sende bestillinger, registrere innkomne bøker, skanne forsider, forespørre (og purre) anmeldere osv. (3). Likevel mener vi at det er godt stoff (1, 3).

Tekster gjør seg ikke selv. Takk til alle som med kunnskap og entusiasme bidrar med anmeldelser i *Michael*. Fortsett gjerne å sende oss tips om aktuelle bøker (michael@dnms.no).

Litteratur

1. Hem E. Anmelderi. *Michael* 2021; 18: 91.
2. Hem E. Politikk er å ville. *Michael* 2022; 19: 67.
3. Hem E. Trenger vi egentlig bøker lenger? *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1323.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Universitetet i Oslo og Legeforskningsinstituttet

Skolastisk om dødshjelp

Lars Johan Materstvedt

Dødshjelp: begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk

Bergen: Fagbokforlaget, 2022

114 s.

ISBN 9788245039283

Michael 2023; 20: 76–8.



Bør dødshjelp være tillatt? Er det et brudd med en grunnleggende frihet at enkeltmennesket ikke selv kan bestemme om det vil leve eller dø? Er det ubarmhjertig å nekte et sterkt lidende menneske å dø? Eller innebærer dette et avgjørende brudd med verdien om at et samfunn ikke skal ta liv, men bidra til at vi får leve så gode liv som mulig?

Flere land tillater nå legeassistert selvmord og/eller eutanasi, og spørsmålet diskuteres også i Norge. Om et samfunn skal hjelpe et menneske til å dø, setter kulturelle og moralske verdier på spissen, og fortjener grundig gjennomtenking. Vi trenger både oversikt over andre lands erfaringer og innsikt i vårt teoretiske grunnlag, både moralfilosofisk, kulturelt og politisk.

Det er ikke enkelt å overskue diskusjonen om dødshjelp. Diskusjonene foregår blant legfolk, helsepersonell, politikere, filosofer og andre akademikere, i form av leserinnlegg, vitenskapelige artikler, kronikker, bøker og samtaler rundt bordet. Argumentene er både substansielle, praktiske og begrepsmessige, ikke sjelden alle tre samtidig. Jeg har tidligere meldt to andre norske bøker om temaet (1). De gir en fin oversikt over de viktigste argumentene (2, 3).

Begreper og begrepskseresis

En del av den akademiske diskusjonen gjelder begrepsbruk. Materstvedts bok er et eksempel på dette. Det er ikke vanskelig å være enig med ham i at rotete begrepsbruk fører til rotete diskusjon, og et av hans hovedpoeng er at begrepene *aktiv dødshjelp* og *passiv dødshjelp* bør skrotes, det holder med *dødshjelp* alene. Begrepet *dødshjelp* bør reserveres for handlinger der hensikten er å ta liv. Slik inkluderes *eutanasi* og *assistert selvmord*, men ikke *behandlingsbegrensning*, der hensikten er å la pasienten dø av sin sykdom. Jeg er enig i at begrepet *dødshjelp* alene er godt nok, og at distinksjonen aktiv/passiv forvirrer mer enn den opplyser (3).

Materstvedt diskuterer mot argumenter fremsatt av Ole Martin Moen & Aksel Braanen Sterri (2) og Espen Gamlund & Carl Tollef Solberg (4). Alle er filosofer, og kanskje skyldes noe av den lett skolastiske tonen i Materstvedts tekst at han nettopp argumenterer mot sine fagfeller. Teksten preges også av en skolemesteraktig stil, i en normativ tone påviser han stadige «feil» i sine kollegers begrepsbruk og gjengivelse av andre lands praksis.

Den største faren i skolastikken er begrepskseresis. Uten tilstrekkelig kontakt med det substansielle spørsmålet, fjerner problemstillingen seg fra det dype alvoret som ligger under. Jeg får ikke helt kontakt med det som står på spill her, tekstens gjennomgående fokus er logiske, begrepsmessige eller empiriske feil som andre begår, ikke argumentene for og mot dødshjelp. Materstvedt skriver også at han ikke har tatt stilling til spørsmålet – selv om underteksten er negativ, eller i det minste skeptisk, til legalisering. Både etisk og emosjonelt er det forståelig at han ikke tar eksplisitt stilling. For mange av oss fremstår spørsmålet som et ekte dilemma, og kanskje er en skolastisk tilnærming en måte å omgå spørsmålet på.

Paternalisme og rettferdighet

Boken består av fire kapitler der de to første omhandler begrepsbruk. De to siste har et videre siktemål. Kapittel 3 er særlig vidt, her er tema både *Klinikk, pasienters syn på dødshjelp, intensjoner og konsekvenser, og spørreundersøkelser*. Det sier seg selv at 25 sider ikke tilfredsstillende kan dekke alt dette, selv om en rekke interessante og viktige ting kort berøres.

I det siste kapitlet diskuteres paternalisme, og særlig den, etter Materstvedts mening, skjulte paternalismen hos Moen & Sterri (2) og Gamlund & Solberg (4). All begrensning av retten til dødshjelp er paternalistisk, i den forstand at det ikke er individet selv, men en overordnet myndighet som begrenser individets frihet. Kanskje diskuterer Materstvedt mot en stråmann her. Jeg har vanskelig for å se at de nevnte bøkene ikke anerkjenner en viss paternalisme.

At et generelt forbud mot dødshjelp også er paternalistisk, synes jeg Materstvedt tar for lett på: «Selv om et totalforbud kan oppfattes som paternalistisk, innebærer det *likebehandling* av pasienter: Når ingen har adgang til dødshjelp, er det heller ingen som favoriseres eller diskrimineres. I så måte er totalforbudet rettferdig» (s. 83). Han tar derved ikke stilling til spørsmålet om paternalisme, men omgår det ved å innføre et nytt kriterium, nemlig rettferdighet. Og, dersom man skal diskutere rettferdighet, kan det argumenteres for at både full og delvis legalisering også kan tilfredsstille rettferdighetskriteriet, om man bygger på Aristoteles' definisjon om at likebehandling innebærer at like tilfeller behandles likt.

Begrenset nytte

Materstvedt avslutter boken med «Hvorvidt Norge havner på den stadig ekspanderende «dødslisten» av land som legaliserer dødshjelp, avhenger i stor grad av kvaliteten på debatten» (s. 97). Det uttrykker stor tiltro til våre lovgivere. Dessverre kan det vel hende at vedtak blir fattet uten en god forutgående debatt. Materstvedt bidrar med sine perspektiver på hvordan man bør diskutere spørsmålet, særlig når det gjelder presisjon. Det er et godt poeng, men jeg sitter likevel igjen med en opplevelse av at jeg ikke kom særlig lenger i innsikt og forståelse.

Litteratur

1. Bringedal B. Dødshjelp. *Michael* 2021; 18: 493–6. <https://www.michaeljournal.no/article/2021/12/Dodshjelp> (11.1.2023).
2. Moen OM, Sterri AB. *Aktiv dødshjelp: etikk ved livets slutt*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2019.
3. Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020.
4. Gamlund E, Solberg CT. *Hva er døden*. Oslo: Universitetsforlaget, 2020.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

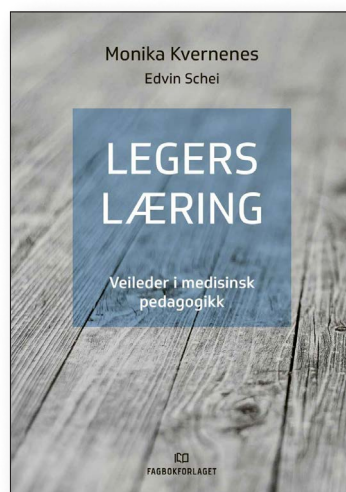
Nyttig bok for leger om læring og undervisning

Monika Kvernenes, Edvin Schei
Legers læring. Veileder i medisinsk pedagogikk
Oslo: Fagbokforlaget, 2022
314 s.
ISBN 978-82-450-3315-1

Michael 2023; 20: 79–80.

Denne boken henvender seg egentlig til alle leger – for som forfatterne sier: «Det skal godt gjøres å gå gjennom et yrkesaktivt legeliv uten å havne i den privilegerte posisjonen som veileder, mentor, underviser eller rollemodell.» Alle pedagogiske og didaktiske aspekter av betydning for den som har ansvar for andres læring behandles i boken. Her finnes det meste fra teoretisk bakgrunn til praktiske råd om hvordan man kan bli en bedre lærer og veileder.

Boken er delt i tre deler, men det er ingen samlende overskrift for hver del. Pussig nok er det først på side 30 at forfatterne forteller hva som ligger til grunn for oppdelingen. Det kunne med fordel stått som en kort innledning til hver del. Del 1 (kapitlene 1–4) gir først en kort historisk oversikt og drøfter så hva læring er og hvem den lærende er. Tidlig slås det fast – som et slag credo for boken – at det viktigste «...ikke er å formidle fakta, fortellinger, teori eller drøvtygget fagstoff, men å *tilrettelegge for læring*». Dette synes jeg forfatterne er tro mot gjennom hele boken. Del 2 (kapitlene 4–11) omtaler den praktiske gjennomføringen av tilrettelegging for læring. For eksempel om hvordan forelesninger kan gjøres mer studentaktiverende og anbefalinger for klinisk



undervisning, veiledning og vurdering. Her er det mye konkret og inspirerende stoff å hente også for erfarne lærere. Del 3 (kapitlene 12–16) tar for seg studieplanlegging og kvalitetssikring av utdanning. Pedagogisk forsknings bidrag til å bedre læring omtales, og til sist tiltak som kan bygge kompetanse hos dem som har ansvar for utdanning. Her omtales også barrierer mot å få til endring.

Forfatterens ambisjoner er høye. Blant annet håper de boken skal skape debatt om hva som skaper god læring og gjerne provosere. Til det tror jeg nok boken er for ordrik og for lite spisset. Men disse målene er vel vanskelig å nå med en balansert akademisk lærebok, som denne boken fremstår som. Det er heller ikke en bok jeg tror mange vil lese fra perm til perm. Derimot er jeg sikker på at den vil være til stor hjelp for dem som står overfor konkrete utdanningsoppgaver; én skal kanskje begynne som veileder, en annen skal for første gang delta i klinisk smågruppeundervisning, en tredje skal forberede forelesninger, en fjerde skal delta i en planleggingsgruppe for ny studieplan, en femte skal for første gang planlegge eksamen i et fag, osv. I slike sammenhenger vil det være naturlig å lese ikke bare de kapitlene i del 2 med spesifikk omtale av hvordan man går frem, men også en del av de mer grunnleggende kapitlene.

Det gylne øyeblikk for å få til endring av læreres atferd, er når de står overfor nye oppgaver de ikke helt vet hvordan de skal mestre. Da vil henvisning til spesifikke deler av denne boken kunne være til avgjørende hjelp, helst kombinert med diskusjoner og praktisk trening. Motstand mot bruk av nye læringsformer skyldes ofte utrygghet på om dette er noe jeg vil mestre. God, konkret informasjon – som denne boken gir – vil da kunne være det som skal til for å snu motstand til lyst til å prøve.

Per Brodal
pabrodal@gmail.com

Per Brodal er professor emeritus i medisin (anatomi) ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Han har spesialkompetanse innen nevrobiologi og medisinsk utdanning.

Klassiker om miljø- og arbeidsmedisin

Jens Peter Bonde, Kurt Rasmussen, Torben Sigsgaard, red.

Miljø- og arbeidsmedisin

København: FADL, 2022

5. utgave. 336 s.

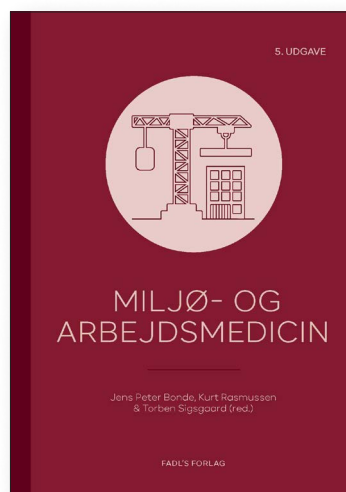
ISBN 9788794207041

Michael 2023; 20: 81–2.

Førsteutgaven av denne mye brukte og gode danske læreboka utkom i 1998. Fjerde utgave ble utgitt i 2015, og nå foreligger en betydelig revidert og utvidet versjon, oppdatert med ny kunnskap fra de siste 5–10 år.

Boka har 25 kapitler som på en forbilledlig måte dekker hele det miljø- og arbeidsmedisinske fagområdet. Målgruppen er særlig medisinstudenter, skriver redaktørene. Den bør også være en svært god bok å supplere undervisningen med for leger under spesialisering i arbeidsmedisin, samfunnsmedisin, allmennmedisin, hudsykdommer og lungemedisin. Boka har også gode kapitler om arbeidsrelaterte muskel- og skjelettlidelser og om arbeidsrelaterte psykiske lidelser, som arbeidsrelatert posttraumatisk stresslidelse. Den egner seg etter min mening som oppslagsbok i alle spesialiteter.

Boka begynner med å definere grunnlaget for miljø- og arbeidsmedisin og tar med litt historie, deretter omhandles risikovurdering og forebygging generelt, før det kommer et usedvanlig forståelig og velskrevet kapittel om toksikologi. Så følger kapitler om vann, kloakk, avfall og luftforurensing, før vi kan lese om inneklimate og stråling. Stråling kan være vanskelig å lære



seg, og jeg syns forfatteren Sigsgaard gjør en meget god jobb med å legge frem stoffet.

Klima og helse og internasjonal miljø- og arbeidsmedisin er tema for to helt nye kapitler. Ettersom klima og helse er blitt vår tids viktigste utfordring og i høy grad påvirker helsa, er dette absolutt indisert. I vår globaliserte verden er det viktig at både studenter og leger lærer om forholdene i den fattige del av verden.

Boka omhandler også ulykker og livsstil, før de ulike spesifikke arbeidsrelaterte sykdommer og lidelser omtales i en rekke gode kapitler. Det er et litt kort, men godt kapittel om arbeidsrelatert kreft. Reproductiv helse omtales spesielt. I et eget kapittel om smittsomme sykdommer har covid-19 fått plass.

Boka er skrevet av spesialister innen miljø- og arbeidsmedisin, blant annet med store bidrag fra redaktørene. Felles for kapitlene er den pedagogiske oppbyggingen av teksten og gode eksempler som gjør det lettere å huske stoffet. Den viser også hvordan kunnskap om arbeids- og miljømedisin er aktuelt og nødvendig på nærmest alle samfunnsområder. Når det gjelder rett til erstatning på grunn av arbeidsrelaterte lidelser, er alle land ulike, også innad i Skandinavia. Boka er naturlig nok skrevet ut fra danske forhold.

Boka anbefales på det varmeste til alle som er interessert i å lære miljø- og arbeidsmedisin. Selv skal jeg bestille flere eksemplarer for å ha på vår avdeling, særlig med tanke på legene i utdanningsstillinger, men også overleger med lang fartstid vil ha nytte av den.

Britt G. Randem
brandem@ous-hf.no

Britt G. Randem er dr.med. og arbeider som overlege og seksjonsleder ved seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Tynt om psykisk helsevern

Trond F. Aarre

Hvis psykisk helsevern ikke fantes: psykiatri for ikke-psykiatere

Bergen: Fagbokforlaget, 2022

185 s.

ISBN 978-82-450-4104-0

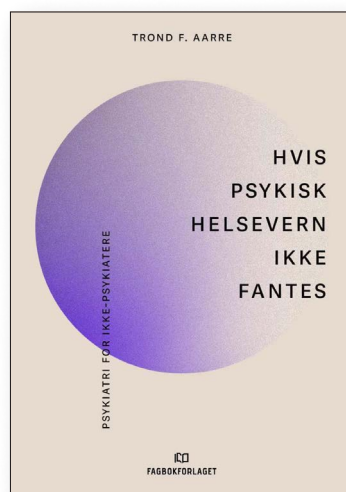
Michael 2023; 20: 83–4.

Hvis psykisk helsevern ikke fantes er ei lettlesende bok med ni kapitler. Forfatteren, som er psykiater, omtaler enkle samtaleteknikker, tilbudet innad psykisk helsevern og lovgrunnlaget for helsehjelp, og forklarar skepsisen sin overfor psykiatriske diagnoser og kva følger det bør ha. Sistnemnde står fram som hovudbodskapet i boka.

Forfatteren held fram at livet skjer, og alt av vonde kjensler er ikkje og bør ikkje bli diagnostisert som psykiske lidningar. Han spør retorisk: *Hvor mye dametrobbe skal løses av psykolog?* Gjennom boka siterer han skjønnlitterære verk med levande skildringar av korleis psykiske symptom kan arte seg. Aarre har stor tru på at mykje god psykisk helse kan kome av at vanlege folk trør til og snakkar med kvarandre dersom dei får litt hjelp.

Det er uklart kven som er målgruppa for boka. I innleiinga står nemnt studentar i sosial- og samfunnsfag, og tilsette i skule og NAV. Gjennom boka vekslar Aarre mellom å snakke til ein hjelper i tredje person og til å vende seg direkte til ein person som søker hjelp.

Fagleg er nivået enkelt. Oversikta over behandlingsapparatet er kortfatta og oversiktleg, og klart mynta på ein person som ikkje har noko erfaring med psykisk helsevern. Dei ti hugselappane som går som ein raud tråd



gjennom boka, er basert på grunnleggande kommunikasjonsteknikkar, som «Møt medmennesker med respekt» og «Ikke ta makten eller ansvaret».

Det største problemet at den røynda Aarre skildrar av psykisk helsevern ikkje er til å kjenne att for meg som klinikar. Aarre ser ut til å meine at dersom ein nyttar psykiatriske diagnosar og har tru på nytteverdien av dei, unnlét ein å sjå pasienten som eit medmenneske, som ein ressurs eller som ein eigen person i ein sosial kulturell kontekst. Eg erfarer tvert om. Å tenke diagnostisk utelukkar ikkje at ein er nyfiken på kva som gjer at symptoma dukkar opp akkurat no i akkurat denne settingen hos denne personen. Det er også vanskeleg å kjenne igjen dei pasientane Aarre i hovudsak skildrar. Det er lett å vere samd i at livshendingar ikkje er ei oppgåve for spesialisthelsetenesta, men det er vanskeleg å forstå kva Aarre meiner alternativet er til diagnosar for alvorlege psykiske lidingar.

Aarre kjem med eitt syn i ein debatt kring psykiatriske diagnosar, men andre faglege syn kjem ikkje godt fram. Aarre avsluttar med: «Hvis psykiatrien ikke fantes, måtte vi vel alle være allmennpraktiserende medmennesker. Som jeg håper denne boken har vist, så tror jeg det kunne gått riktig bra.» Forfattaren argumenterer ikkje overtydande for at dette er riktig.

Jeanette Bjørke

jeanette.solheimslid.bjorke@sus.no

Jeanette Bjørke er spesialist i psykiatri ved ettervernspoliklinikken, Stavanger distriktpsikiatriske senter.

For mye medisiner

Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, John Brandt Brodersen

Snart er vi alle patienter: overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver

Frederiksberg: Samfundsliteratur, 2022

277 s.

ISBN 9788759336496

Michael 2023; 20: 85–6.

Denne danske boken har et noe kronglete og kanskje ikke helt presist første kapittel. Om jeg ikke skulle anmeldt den, ville jeg kanskje ha stoppet lesningen her. Det ville vært et tap for meg. Boken er svært leseverdig. Den peker på sammenhenger og forklarer mange av driverne av for mye medisin, både på individnivå og på samfunnsnivå.

Boken er didaktisk lagt opp. Hvert kapittel innledes med en pasienthistorie og avsluttes med oppsummering, læringspunkter og punkter for videre refleksjon. Den fungerer derfor godt både som lærebok og som en analyse av overdiagnostikk, overforbruk og overtilbud av medisin.

En klar styrke er at den er skrevet av en allmennpraktiker og en antropolog. Dette samarbeidet gir den et spenn som andre bøker om temaet ikke har. Vi får øye på sammenhenger mellom individ, pasienter og samfunnet som ikke alltid er så åpenbare. Boken er godt skrevet og lett å lese. Temaer introduseres og gjentas i passende mengde samtidig som nye momenter legges til.



Forfatterne viser oss sunnhetskulturen som vi lever i: Hva er vår individuelle plikt til å holde oss sunne, hvordan former frykt for døden denne kulturen og hvordan påvirker null-risikosamfunnet oss?

De fleste har ikke erfaring med å stille diagnoser og forestiller seg nok at man enten er frisk eller syk. Forfatterne beskriver på en lettfattelig måte hvor kompleks diagnosesettingen er og hvor vanskelig det i virkeligheten kan være å skille frisk fra syk. De dveler ved spekteret mellom frisk og syk og beskriver hvor tett screening av friske individer er vevd sammen med overdiagnostikk. De får fint frem hvordan vi som samfunn tenker at vi gjør godt ved å tilby friske å sjekke seg – ikke bare for sykdom, men også for risikofaktorer.

Vi flytter stadig grensen for sykdom mot det friske. Ressurser i helsevesenet flyttes fra de syke til de friske, og helsevesenets primære mål er i større grad å finne og behandle sykdom, såkalt *sykdomsorientert tilgang*, i motsetning til pasientsentrert, og hvordan dette fører til økt overdiagnostikk.

Boken er også fremtidsrettet og viser utfordringer med bærbar teknologiske duppeditter (*wearables*), som kan gi en følelse av å kunne kontrollere usikkerheten som ligger i vår eksistens. Svøpen ligger i at forsøk på å kontrollere usikkerhet ofte skaper nye former for usikkerhet. Det gir større forbruk av helsetjenester, og gradvis mister vi kanskje evnen selv til å vite når vi er syke. Får vi for mye informasjon om delelementene til å forstå helheten?

Jeg kan på det varmeste anbefale boken. Den kan leses fra perm til perm, men kapitlene står seg også som selvstendige enheter. Boken er full av referanser for videre fordypning. Gjennomgående opplevde jeg at forfatterne undrer mer enn fastslår enkeltårsaker til og behandling av overdiagnostikk.

Mette Kalager

mette.kalager@medisin.uio.no

Mette Kalager er lege og professor ved Klinisk effektforskning, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Med sans for det groteske

Bernward Zeller

Blodige historier: fakta og digresjoner om kroppens flytende organ

Oslo: Pax, 2022

269 s.

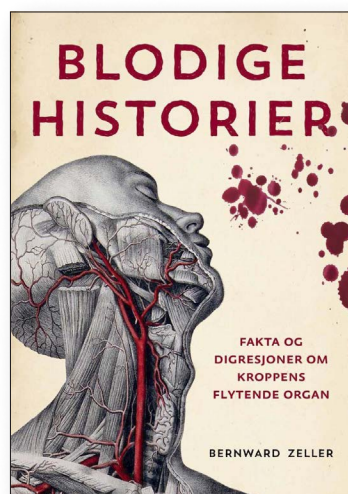
ISBN 978-82-530-4331-9

Michael 2023; 20: 87–8.

Førsteintrykket av boken er ikke lovende. Omslagets forside viser et dissekert lik, blod er splashet utover og på baksiden frister forfatteren med at her kan du lese om at å drikke blod fra henrettede ble ansett som virkningsfullt mot epilepsi. Du lurar på hvor dette bærer. I kapittel 3 dukker vampyrene opp, bare overgått av seriemorderen Peter Kürten (1881–1931) fra Düsseldorf, som giftet seg med en kvinne dømt for drap og selv drepte minst åtte, helst unge jenter, og likte å drikke blodet fra ofrene. Faktisk er det så mange groteske opptrinn her at en kan undres på om forfatteren mener det er nødvendig for å få fart på salget.

Også på det faglige plan snubler forfatteren i starten. *Blut ist ein ganz besonderer Saft*, men ikke et flytende organ, som påstått i bokens undertittel. Et organ er sammensatt av forskjellig vev, som danner en strukturell og funksjonell enhet. Så blodets organ er derfor ikke blodet, men beinmargen. Det fremmedgjør teksten å kalle blodcellene for legemer.

Men inntrykket bedrer seg ved lesning. Mellom skrekkehistoriene og eksessene løper en seriøs og velskrevet tekst om blod i alle relasjoner. Boken er delt i 13 kapitler som spenner fra myter og historie, via blodcellenes



anatomi og fysiologi til den fascinerende historien om utviklingen av blodtransfusjon og katastrofen knyttet til blodbåren hivsmitte. Boken avsluttes med et interessant kapittel om roller blod kan få i fremtiden. Forfatteren bør også krediteres for å ha fått med seg blodferske oppdateringer på flere av emnene han omtaler.

Forfatteren er en entusiast som rives med av historier og egne erfaringer. Noen vil kanskje irriteres over at han skal ha alt med. Her går det i hopp og sprett fra minibiografier av fortidens blodforskere til førstehjelp ved akutte blødninger. Blod er med oss overalt, og en del av stoffet kunne nok vært balansert bedre. Det blir for mange detaljer når han omtaler barneleukemi. Det er forståelig, siden han personlig har jobbet med kreftsyke barn, men begrenser leserkretsen.

Forfatterens hang til det sensasjonelle er allerede nevnt, og det speiler vel mye inn i det ellers rikholdige og interessante bildematerialet. Hvorfor blir vi vist kulehullene i veggen i kjellerrommet hvor tsarfamilien ble henrettet? Og hva har et fotografi av soldater på Etterstadsletta tatt fire år etter at to mordere ble henrettet samme sted? Det fins flere dårlig begrunnede fotovalg som jeg lar ligge.

Konklusjonen blir at dette er en interessant og underholdende bok, mest for personer med tilknytning til helsevesenet og med sans for det groteske.

Stein A. Evensen

s.a.evensen@medisin.uio.no

Stein A. Evensen er professor emeritus og tidligere overlege i indremedisin ved Rikshospitalet.

Mye å lære av Vinmonopolet

Olav Hamran

Vinmonopolet 100 år: børst og katedral

Oslo: Press, 2022

414 s.

ISBN 978-82-328-0421-4

Michael 2023; 20: 89–90.

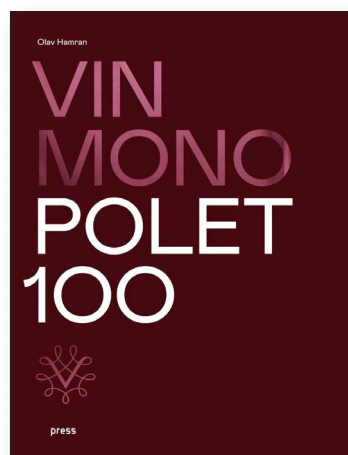
Historien om Vinmonopolets 100 år er langt på vei en fortelling om Norges historie i samme periode. Den avspeiler landets politiske, økonomiske og kulturelle utvikling. Det mest imponerende er at institusjonen ikke bare har overlevd, men at den i dag skårer høyest på omdømmeundersøkelser av offentlige virksomheter.

Etableringen i 1922 var ledd i en reguleringsprosess som begynte med brennvinsamlagene på slutten av 1800-tallet, førte til et 100 % statseid monopolselskap i 1939, og har foreløpig endt med EØS-avtalen i 1990-årene.

Jubileumsboken åpner med en beskrivelse av Vinmonopolets to hovedfunksjoner: privat handelsvirksomhet og offentlig kontroll. Skjebnen til flere av direktørene viser hvor vanskelig den balansegangen har vært og kan være.

Boken er uvanlig vakker med over 200 helsides bilder, gamle og nye fotografier, faksimiler og andre illustrasjoner. Bildene forteller en historie for seg selv. «Design: Snøhetta» står det diskret på kolofonen. Det eneste som savnes er et avsluttende register som bør være med i alle slike bøker.

Olav Hamran er historiker med doktorgrad på norsk alkoholpolitikk. Han er vel bevandret i helse- og sosialhistorien gjennom tidligere arbeid og



mange bokproduksjoner. Gjennom 23 tekstkapitler beskriver og drøfter han den varierende politiske håndteringen av «alkoholspørsmålet» og Vinmonopolets indre liv.

Tilpasningsdyktigheten til både publikum og politikere har vært Vinmonopolets styrke. Hamskiftet rundt 1990, under direktør Einar Joys' (1933–2022) ledelse, med introduksjon av pappvin og kunstnervin og lansering av *Vinbladet*, moderniserte polets profil. Det bidro til en dreining fra brennevin, som dominerte helt til 1980-årene, mot vin som nå utgjør over 80 % av salget.

Dramatikken rundt EØS-forhandlingene var større enn de fleste forsto. I 1996 ble produksjons- og grossistmonopolet opphevet og Vinmonopolet delt i to for å møte de nye kravene. Vinmonopolet ble en ren butikkjede, mens resten av virksomheten ble til det privateide selskapet Arcus. Endringene var små for kundene, men store bak kulissene.

Markedstilpasningen fortsatte med selvbetjening fra 1999, en økning av utsalgssteder og åpningstider og etablering av nettbutikk. Målet var «en moderne butikkjede med samfunnsansvar» og midlene var god service, bredt utvalg og kompetent personale. Med denne strategien har ønsket om vin i dagligvarebutikker og bensinstasjoner stilnet. Kundene kjenner seg trygge på Vinmonopolet.

Hvor stor endringen av Vinmonopolets posisjon er blitt, så vi under koronapandemien. Helsemyndighetene grep inn mot stengning av polutsalg. Som Hamran skriver: «Gjennom store deler av Vinmonopolets historie hadde det vært et mål å forhindre misbrukere eller alkoholikere fra å handle på Vinmonopolet. Nå ble åpning av butikkene begrunnet spesielt ut fra omsorg for denne gruppen» (s. 393).

Vinmonopolet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og burde brukes som eksempel for andre deler av departementet. Helsetjenesten har mye å lære av Vinmonopolet. Kombinasjonen av lett tilgjengelighet, høy kvalitet og god service er nemlig resepten for overlevelse i dagens samfunn – også for den offentlige helsetjenesten.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Engasjerende bok om barns utvikling

Charlotte Lunde, Per Brodal

Lek og læring i et nevroperspektiv: hvordan gode intensjoner kan ødelegge barns lærelyst

Oslo: Universitetsforlaget, 2022

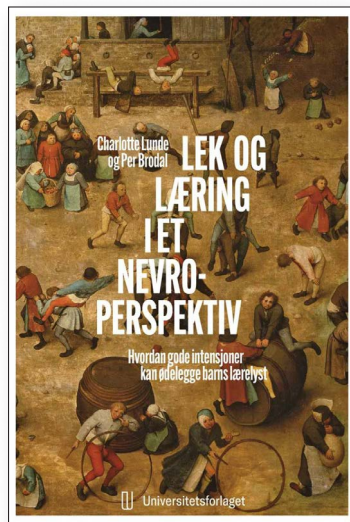
153 s.

ISBN 978-82-15-03584-0

Michael 2023; 20: 91–2.

Lege og journalist Charlotte Lunde og professor emeritus i nevroanatomi Per Brodal har skrevet en engasjerende bok om barns utvikling. Den treffer samfunnsdebatten om tidlig skolestart etter år med pandemi og hjemmeskole-isolasjon for de unge. Hvordan kan det ha seg at det i et av verdens rikeste land – med gratis utdanning fra 6-årsalder – samtidig er en økende trend med psykiske symptomer hos barn og unge? Hvorfor ser vi ingen effekt av 6-årsskolen? Har vi overadministrert barn og unges utvikling? Er kravene vi stiller i skolen i for liten grad tilpasset deres naturlige utviklingsbehov? Hvor er leken blitt av? Er det mulig at 6-årsreformen i sin ytterste konsekvens kan bidra til å skape uhelse?

Synet på barns utvikling er godt redegjort for i oversiktlig kapitler. Betydningen av tidlig samspill, lek, naturlig iboende nysgjerrighet og betydningen av «det mulige rom» for å skape seg selv og verden, blir understreket. Hjernen, læring og lek og biopsykososiale grunnleggende forutsetninger for vekst gir et godt fundament å diskutere ut fra. Selv om forfatterne er tydelige på at de stiller



komplekse spørsmål og ikke sitter med alle svarene, gir boken mange interessante synspunkter på overgangen til 6-årsstart i grunnskolen og hva dette medfører for gutter og jenter. Synet på normalitet og betydningen av å forstå barn om de viser symptomer på å ikke trives, er en god medisin mot å sykeleggjøre naturlige reaksjoner på livet.

Forfatterne gir eksempler fra behandling av psykiske lidelser både i kommunal- og spesialisthelsetjenesten. Sitater fra ungdom viser at det å få en diagnose for manglende konsentrasjon, motivasjon eller livsgnist ikke har vært til hjelp. Barn og unge som har lettere psykiske symptomer, hjelpes sannsynligvis ikke av å få en diagnose. Dette er lett å være enig i. Samtidig framgår betydningen av å få riktig behandling for tilstander som er mer alvorlige.

Spennende blir diskusjonen når det spørres om vi for lett diagnostiserer ungdom med moderate eller alvorlige psykiske lidelser når de kanskje egentlig lider av vanskelige liv eller lærevansker? Hvordan kan ulike sektorer få til et bedre samarbeid? Forfatterne skriver at helsevesenet for barn og unge er et voksent vesen som er overført, men ikke tilpasset barn. Det er vel ikke helt korrekt. I Norge har barnehelsevesenet for psykiske lidelser alltid vært tuftet på et bredt tverrfaglig fundament. Spørsmålet er vel heller om vi har gått oss bort. Boken oppfordrer til å revitalisere grunnmuren. Det er det grunn til å heie på!

Boken et flott utgangspunkt for å delta i diskusjonen vi trenger for å utvikle både skole- og helsevesen for de kommende generasjoner. Det er spennende om den også kunne gi inspirasjon til nye spørsmål – hva trenger egentlig den kommende generasjonen? Hva ville skjedd dersom seksårsreformen var blitt reversert? Hva vil føre til mer lek? Og ville mer lek skapt mer hardføre barn og unge? Vi har alle muligheter til å skape et bærekraftig utdanningsmiljø i Norge. Boken argumenterer for at vi er litt ute av kurs og trenger justering.

Anne-Stine Meltzer

anne-stine.meltzer@stiftelsenpilar.no

Anne-Stine Meltzer er psykologspesialist og direktør ved Pilar: kompetanse-tjenesten for psykisk helse og barnevern.

Med datamaskinen som samtalepartner

Petter Hurlen

En kort innføring i klinisk informatikk

Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2022

276 s.

ISBN 978-82-02-70269-4

Michael 2023; 20: 93–4.

Siden 1980-årene er digitale systemer tatt i bruk i helse-tjenesten. Fra å være et administrativt hjelpemiddel, er i dag alle kliniske data lagret i et digitalt format. I bilde-dannende utstyr blir bildene prosessert digitalt som ulike kombinasjoner av et binært tallsystem 1 og 0. Det digi-tale formatet gir enorme muligheter for å presentere data og kommunisere både med pasienten og med andre helsearbeidere. Mulighetene og problemene knyttet til digitaliserte helsedata vil prege helsetjenesten i årene fremover.

Når IT-teknologien blir så viktig for alt som skjer i helsetjenesten, vil kunnskap om den bli like viktig som kunnskapen om anatomi og farmakokinetikk er for leger. Samtidig er helsetjenesten i dag avhengig av infor-matikere for å fungere.

Petter Hurlen er utdannet både som lege og informatiker og har deltatt i utviklingen av klinikken fra en analog til en digital virksomhet. I denne boka forsøker han å bygge bro mellom medisinen med sin terminologi og logikk og informatikken som har sin.

Boka består av tre deler. I den første delen, *Klinisk informasjon*, beskriver Hurlen hvordan vi helsearbeidere kommuniserer i pasientjournalen, ved



å skrive resepter og hvordan vi bruker data til å stille diagnoser. Dette er viktig for informatikere for at de skal forstå hvilke problemstillinger helsearbeiderne forventer at maskinene skal håndtere og språket vi bruker. Mot slutten av denne delen beskriver han datamaskinenes behov for entydig og strukturert nomenklatur. Dersom leger og sykepleiere skal kommunisere med datamaskiner, stiller det krav til språk og setningslogikk. Det er interessant at boka kommer omtrent samtidig som Helseplattformen rulles ut som et felles journalsystem i Midt-Norge og der frustrasjonen fra helsearbeidere preger nyhetsbildet.

I den andre delen, *Klinisk informasjonsteknologi*, tar Hurlen klinikerne inn i IT-verdenen og introduserer oss for språket datamaskinene bruker og forklarer hvordan datamaskinene behandler de medisinske dataene for at de skal presenteres i en form vi forstår. Her blir vi introdusert for muligheter som ligger i maskinlæring og kunstig intelligens. I del tre, *Muligheter, rammer og utfordringer*, heller Hurlen litt kaldt vann i blodet når han beskriver behovet for datasikkerhet og betydningen av regelverk når pasientdata håndteres digitalt.

Boka retter seg mot alle helsearbeidere og informatikere og den kan bidra til bedre forståelse og samarbeid når digitale løsninger introduseres og tas i bruk. Det er helt nødvendig.

Erik Fosse

e.t.fosse@medisin.uio.no

Erik Fosse er spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi, professor emeritus ved Universitetet i Oslo og spesialrådgiver ved Intervensjonssenteret, Oslo universitetssykehus (www.ivs.no).

Stor tillit til det profesjonelle skjønn

Thomas Dahl

Statistikk, kunstig intelligens og profesjonelt skjønn: om ulike former for kunnskap

Oslo: Universitetsforlaget, 2022

270 s.

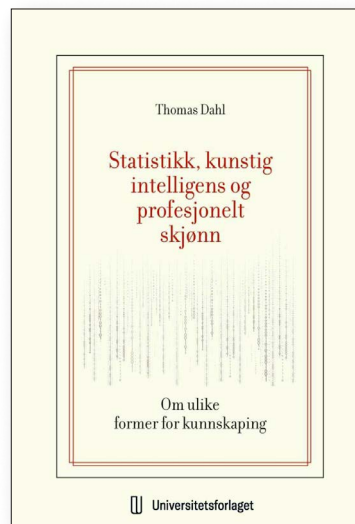
ISBN 978-82-15-05770-5

Michael 2023; 20: 95–6.

Statistikk, kunstig intelligens og profesjonelt skjønn er tre interessante felt, ikke minst i kombinasjon. Hva er forholdet mellom dem? Hvordan bør det være? Hvordan kan og bør profesjonelle bruke statistikk og kunstig intelligens?

Dette er ikke en bok om profesjonelt skjønn, men en historisk gjennomgang av utviklingen av statistikk, datamaskinen og kunstig intelligens. Halvparten av boka er viet statistikkhistorie. Delen om kunstig intelligens og maskinlæring utgjør den nest største bolken, mens resten omhandler «kunnskap» og ulike kunnskapstyper. Omtalen av profesjonalitet og profesjonelt skjønn er kort og overfladisk.

Forfatteren Thomas Dahl er sivilingeniør, har doktorgrad i vitenskapsstudier og arbeider som professor ved Program for lærerutdanning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Hans hensikt er kanskje ikke å drøfte hva profesjonelt skjønn består i, men å innføre den profesjonelle i en kunnskap som vi i det moderne samfunnet i økende grad har bruk for. Det gjelder ikke minst maskinlæring og kunstig intelligens. Det kan være nyttig



for mange av oss, men jeg er usikker på hvor klok man blir etter å ha lest dette.

Dahl gjør et poeng av at statistikkpionerer som Quetelet (1796–1874) og Fisher (1890–1962) hadde objektiv kunnskap og absolutt sannhet som mål for vitenskapen, og at dette avslører en feilaktig forståelse av kunnskap. Jeg synes ikke det er rettferdig å bruke historisk kontekstløse utsagn som argument for at de statistiske metodene de utviklet også representerer feilaktige tenkemåter. Historien er full av eksempler på mennesker som har bidratt med vesentlige innsikter på noen områder og samtidig hatt forfeilede ideer på andre.

Den kritiske beskrivelsen av de tidlige statistikerne kontrasteres mot Florence Nightingale (1820–1910), som også var en pioner i bruk av statistikk. Måten hun er omtalt på er svært forskjellig fra omtalen av statistikerne. Hun bruker kunnskapen til å hjelpe de syke, og slik fremstår hun som et bedre menneske enn statistikerne.

Jeg tror at forfatterens intensjon – å vise at maskiner ikke er mennesker og statistikk ikke sannhet – har ført til en vel tendensiøs presentasjon både av personer og perspektiver. Daniel Kahneman (han med *Tenke, ført og langsomt*) blir for eksempel tillagt en blind tro på at maskiner kan gi oss den absolutte sannhet. Jeg leser imidlertid Kahnemans argumentasjon som å handle om hvordan vi kan redusere feil i menneskelige skjønnsvurderinger, et tema som Dahl knapt berører.

Forfatteren advarer mot å stole for mye på teknologien. Kunnskap som bygger på matematikk har en tendens til å få høyere tillitsstatus enn annen kunnskap. At statistikk også representerer tenkemåter som kan legge seg som en mare på de levendes hjerne, for å parafrasere Marx, er også vesentlig. Men her ville jeg likt å få litt balanse, hva annet «ligger over våre hjerner» og bidrar til godt eller dårlig skjønn? Kanskje Kahneman har rett i at kunstig intelligens kan hjelpe oss til å avsløre våre egne feil.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Da Wilhelm Reich og psykoanalysen kom til Norge

Håvard Friis Nilsen

Du må ikke sove. Wilhelm Reich og psykoanalysen i Norge

Oslo: Aschehoug, 2022

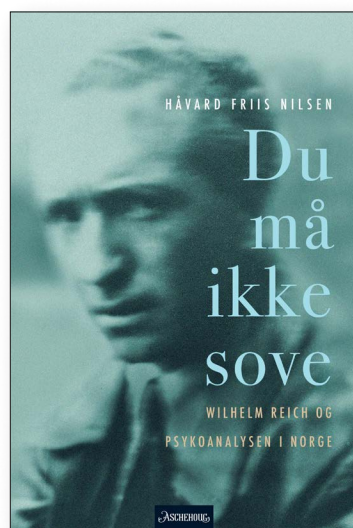
572 s.

ISBN 9788203291340

Michael 2023; 20: 97–9.

I en uvanlig medrivende utgivelse har historikeren Håvard Friis Nilsen skrevet om en spennende periode i norsk åndsliv. Boken om da psykoanalysen kom til Norge, gir et innblikk ikke bare i *hva* som skjedde *når*, men kaster også et godt lys over *hvordan* ting skjedde. Friis Nilsen har brukt et rikt kildemateriale og har hatt tilgang til også nye kilder. Det har blitt en fengslende historie om en begivenhetsrik tid.

Den norske historien presenterer oss for de unge legene Nic Waal, Trygve Braatøy og Karl Evang, forfatterne Sigurd Hoel og Arnulf Øverland, brødrene Kristian og Harald Schjelderup og andre sentrale aktører som Ola Raknes og Aadel Bülow-Hansen. Parallelt med, og etter hvert innvevd i, denne historien møter vi Wilhelm Reich (1897–1957). Reich kom såret fra første verdenskrig og begynte på medisinstudiet i Wien. Allerede som student ble han interessert i psykoanalysen. Hans skarpe og kreative hjerne gjorde at han raskt kom med viktige og innsiktsfulle bidrag til det relativt nye faget. Han ble Sigmund Freuds (1856–1939) favoritt, fortrolige og nære kollega. Men snart dukket det opp små tegn på at Reich ikke beveget seg på den smale veien som mesteren la for sitt virke. Vi følger



reisen fra overraskelse, skepsis, avstandstagnung og fordømmelse, og til slutt til mistenkeliggjøring, konspirering, eksklusjon og utfrysning. Sentralt i prosessen sto Freuds datter Anna (1895–1982) og Freuds våpendrager og biograf, den psykoanalytiske foreningens formann, Ernest Jones (1879–1958).

Som analytiker fulgte Reich først med hovedstrømningen, men med tiden fikk han ideer som først ble oppfattet som avvikende og som etter hvert *var* klart avvikende. Samtidig beskriver forfatteren utviklingen fra den livsbejaende, produktive og sjarmerende Reich til en vrien, konfliktsøkende og delvis paranoid mann. Med oss på veien får vi forståelsen av tilblivelsen av og genialiteten til bøkene *Fascismens massepsykologi* og *Karakteranalyse*, som begge (!) kom i 1933. Disse verkene står seg godt i ettertid. Reich var opptatt av Freuds teorier om libido-energi. Han oppfattet denne energien, som han kalte orgon, ikke bare som seksuell, men som en generell livskraft som eksisterte overalt.

Reichs tid i Norge, fra 1934 til 1939, vies spesiell oppmerksomhet, selv om han hadde innflytelse på den norske bevegelsen både før og etter. Her beskrives de nokså tvilsomme vitenskapelige undersøkelsene av Reichs etter hvert luftige teorier. Det dreide seg om måling av hudledning i erogene soner hos innadventde, angstfylte pasienter, ofte med schizofreni, sammenlignet med friske, utadventde personer, og om løsningen av kreftens gåte og undersøkelse av de såkalte bionpreparatene. Disse, med dagens øyne, uvitenskapelige forsøkene beskrives med pietet, og leserne får en forståelse for at det Reich faktisk forsøkte var å få vitenskapen *inn* i psykoanalysen. Han mente at dette måtte gjøres ved å se sammenhengen mellom de psykologiske fenomenene som psykoanalysen beskrev og forsøk som involverte det autonome nervesystemet. Da var det naturlig å gå etter det seksuelle. Her makter forfatteren å ikke latterliggjøre, slik mange har gjort. Friis Nilsen trekker også forbindelseslinjer til dagens forståelse og gir faktisk Reich rett i noen av ideene.

Dette må ha vært en krevende bok å skrive. Forfatteren har måttet balansere ulike meninger og syn på hendelsesforløpet. Både forestillinger og følelser var sterke. Folk var personlig investert i sine posisjoner og sin fortolkning av hva som skjedde og hvorfor. Det var analyser og politiske standpunkter, skjebneavgjørende private valg og livsendrende personlige beslutninger, allianser og motsetninger. Bakteppet var en dramatisk mellomkrigstid, med kommunismens og nazismens framvekst, antisemittisme og et ungt fag i emning. Kunne og burde politiske ideer forenes med psykoanalysen eller var det virkeligheten som tvang seg på og nødvendiggjorde et politisk engasjement? Var sentrale psykoanalytikers forsøk på å holde seg utenfor politikken feighet i en situasjon som krevde det motsatte? For-

fatteren har også måttet balansere detaljrikdom og sitater med sammenfatninger for å gjøre dette til en lesbar tekst. Han er distansert nok til å ikke kjøpe alle standpunkter, men nær nok til å formidle forståelse for folks posisjon. Det hjelper selvsagt at Friis Nilsen skriver godt og engasjerende. Det er sjelden en så tykk bok er så vanskelig å legge fra seg.

Boken kan varmt anbefales til alle som er interessert i historie eller politikk, til folk som driver eller har drevet terapi, har lest forfattere fra det forrige århundre eller har levd på den tiden. Det skulle være de fleste.

Jørgen G. Bramness

JorgenGustav.Bramness@fhi.no

Jørgen G. Bramness er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og professor i psykiatri ved UiT – Norges arktiske universitet.

Sykehus i krig

Kåre Olsen

Jødene som ble innlagt i sykehus for å unngå deportasjon

Oslo: Det norske medisinske Selskab, 2022

166 s.

ISBN 978-82-92871-74-4

Gratis tilgjengelig: <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/30>

Michael 2023; 20: 100–4.



I de første tiårene etter krigen var det liten interesse for holocaust, et ord som da ennå ikke var i bruk. Jødene hadde lidd, men det hadde også så mange andre – noen mer, andre mindre – var den alminnelige oppfatning. Fra 1980-årene endret dette seg. I den vestlige verden antok den jødiske tragedien helt andre dimensjoner enn før. Det ble nå fremhevet hvordan Hitler-Tyskland først og fremst var et rasistisk og antisemittisk regime som hadde den totale utryddelsen av jødene på sitt program. Jødene skulle forsvinne uansett hva de hadde gjort eller ikke gjort. Mens andre hadde lidd på grunn av sin motstand mot nazistene, hadde jødene måttet lide for hvem de var.

Samtidig ble holocaust for mange et samvittighets-spørsmål. Det var ingen tvil om at det var tyskerne som sto bak utryddelsen, i de okkuperte landene godt hjulpet av hjemlige nazister og andre som var villige til å bidra. Men var ansvaret og skylden bare deres? Jernbanens folk som transporterte jødene til leirene, den offentlige forvaltningen som registrerte jødene, motstandsbevegelsen som ikke gjorde nok for å redde jødene, alminnelige folk som gjennom en åpen eller

latent antisemittisme ikke var innstilt på å hjelpe jødene, var ikke de også delaktige i holocaust? Jødeutryddelsen ble i samfunnsdebatten et felt for moralske spørsmål. I Norge nådde diskusjonen om dette et høydepunkt i kjølvannet av Marte Michelets bok *Hva visste hjemmefronten? Holocaust i Norge: varslene, unnvikelsene, hemmeligholdet*, som utkom i 2018.

Omhyggelig arbeid med kildene

Kåre Olsen er arkivar, historiker og forfatter av et standardverk om krigsbarna (1). Denne gangen har han tatt for seg de norske jødene under krigen. Forfatteren mener at det er skapt et feilaktig inntrykk av at de fleste jødene ble deportert, og at det bare var et mindretall som overlevde. I det har han rett. Det var 2100 jøder i Norge før den tyske invasjonen. Av dem klarte et flertall på 1200 å flykte til Sverige, de fleste høsten og vinteren 1942–43.

Videre er det ifølge Olsen publisert mest om jødene som ble arrestert, deportert og drept. Dette ville han gjøre noe med og gikk i gang med å undersøke forhold som kunne forklare hvorfor noen jøder unngikk arrestasjon og deportasjon. Under arbeidet la han merke til at mange jøder ble innlagt i sykehus med fiktive sykdommer. Enkelte oppholdt seg der i lengre tid, andre i kortere, før de forlot sykehuset og flyktet til Sverige. Dermed hadde forfatteren funnet temaet for den studien som nå er utgitt. Den handler om jøder som ble innlagt i sykehus for å unngå deportasjon.

I kritikken av Marte Michelets bok har det vært et hovedpoeng at hun behandler sine kilder for lemfeldig. Kanskje har det gitt Olsen et incentiv til å gå ekstra grundig frem. Han foretar iallfall en omhyggelig undersøkelse av kildene, mange av dem nye. En viktig kilde har vært pasientjournaler fra en rekke sykehus, der legene har innført den fiktive årsaken til innleggelsen og tidspunktet for utskriving, gjerne med en opplysning om at pasienten plutselig er forsvunnet. Arkivet etter det nazistiske Statspolitiet (Stapo) har gitt mye. Forfatteren har dessuten benyttet arkivet for avhør av flyktninger i Sverige. På dette grunnlaget gir han en solid og veloverveid beskrivelse av forhold knyttet til sykehusinnleggelsen. Man føler seg trygg i forfatterens selskap.

Resultatet av undersøkelsen

150 jøder ble i en periode høsten 1942 innlagt i sykehus for å unngå deportasjon. De fleste var friske, men ble gitt en fingert diagnose, utstedt av en lege. Noen få lå hjemme. I de fleste tilfellene respekterte Stapo legeattestene når de ble stilt overfor dem, og lot «pasientene» bli liggende. Etter en tid forlot de sykesengen og rømte til Sverige. 86 jøder ble på denne måten reddet gjennom sykehusopphold og flukt, mens 18 andre fikk bli liggende

til krigens slutt. Nesten tre fjerdedeler beholdt livet. Men ikke alle lyktes. I 21 tilfeller trosset Stapo legeattestene, hentet «pasientene» fra sykesengen og deporterte dem. Ti ble tatt under flukt.

Nesten alle jøder som klarte å stikke seg unna og flykte over grensen, gjennomgikk en første fase da de lå i dekning. Det var to typer dekningssteder. Den ene var private leiligheter som jødene fant eller ble hjulpet frem til i løpet av den hektiske og livsfarlige høsten 1942. Den andre typen var sykehusene. Der ble hjelpen ytt av profesjonelle yrkesutøvere ved en etablert institusjon som i kraft av sin normale virksomhet kunne innlosjere og fø dem. Det som var felles for begge typer, var at jødene, når kysten var klar, forlot dem og dro videre langs forskjellige fluktruter. Langt de fleste kom helskinnet over grensen. Det er overraskende hvor lite tysk og NS-norsk politi evnet eller satset på å få tak i de flyktende jødene.

Forfatteren har gruppert sine 150 «pasienter» ut fra lokasjon. De er fordelt på somatiske sykehus med eksempler fra fire forskjellige byer, fem tuberkulosesanatorier, psykiatriske avdelinger og sykehus og endelig egne hjem. For hver kategori gis det navngitte, detaljerte eksempler. På denne måten bindes fremstillingen til et individnivå der enkelthistoriene dominerer. Forfatteren har vært klar over at det her ligger et problem. I forordet skriver han at han kunne ha presentert flere enkelthistorier og gått nærmere inn på de enkelthistoriene som gjengis. Men om han hadde gjort det, kunne fremstillingen lett ha fått preg av «katalog», som han sier, med nærmest leksikalske opplysninger om enkeltsaker. Noen «katalog» har boken langt fra blitt, men den har til en viss grad karakteren av å være en eksempelsamling. Spørsmålet er om problemet kunne ha vært unngått dersom de 150 individene hadde vært gruppert på en annen måte, med andre kriterier for kategoriseringen enn lokasjon. Forfatteren drøfter ikke dette spørsmålet.

Sentrale personer i omsorgen for jødene var legene. Det var de som innla «pasientene» og skrev ut den legeerklæringen som trengtes. Det var også legene som i kraft av sin stilling og autoritet ved sykehuset fikk andre av personalet med seg. På den måten ble det en liten krets av personer som bisto. Bak hver sykehuslege som fikk innlagt en «pasient» ved sin avdeling, sto det kanskje ti medarbeidere som sluttet opp om innleggelsen.

I oktober 1942 ble det offentliggjort en forordning som innførte dødsstraff for den som hjalp noen å flykte fra landet. I ettertid vet vi at forordningen ikke ble praktisert så drastisk som man kunne frykte. Men hvordan forordningen ville bli iverksatt, kunne man den gangen naturligvis ikke vite, og folk *ble* arrestert og straffet for hjelp til flukt. Hvor mange som avsto å bistå av frykt for den nye forordningen, vet vi ikke. Vi vet i det hele tatt lite eller ingenting om de som ble spurt om å hjelpe, men sa nei. Det er de

som hjelp, kildene sier noe om, og de ga altså hjelpen i skyggen av en mulig dødsstraff. På den annen side gikk de klar. Forfatteren gir ikke noe eksempel på at leger eller annet sykehuspersonale ble straffet fordi de hjalp jødene.

Stapo arbeidet høsten 1942 med å skaffe seg oversikt over og kontroll med de jødene som ble innlagt. Skjemaet *Legeerklæring for syke jøder* ble tidlig i november spredt til sykehus der politiet var blitt kjent med at jødiske menn oppholdt seg. I et nytt rundskriv fikk sykehusene beskjed om å melde fra dagen før en «pasient» ble utskrevet, og «pasientens» tøy skulle holdes innelåst. Stapo-betjenter ble sendt til sykehusene for å undersøke forholdene. Stapo benyttet seg dessuten av sin egen motekspertise, NS-legen Hans Eng (1907–95), som ga sine vurderinger. Et tredje rundskriv kom 9. januar 1943 til 19 sykehus i Oslo-området, der de ble pålagt å oppgi hvilke jøder som da befant seg i sykeseng.

De opplysningene som sykehusene ga i samsvar med to av rundskrivene, må ha spilt en avgjørende rolle for hvem som ble deportert. Forfatteren trekker ikke eksplisitt en slik konklusjon, men de tallene han oppgir, må tolkes slik. Han har identifisert 43 utfylte legeerklæringer for syke jøder. Av dem ble 12 hentet ut av sykesengen, deportert og drept. Etter det siste rundskrivet ga sykehusene opplysninger om 16 jødiske «pasienter», hvorav sju ble deportert. Av de 21 som i alt ble deportert, er altså hele 19 å finne blant de jødene som sykehusene ga Stapo systematiserte opplysninger om. Med andre ord, på den ene siden ga sykehusene som de offisielle institusjoner de var, opplysninger til politiet når det ble krevd. På den andre siden arbeidet en del av personalet ved de samme institusjonene i skjul for å redde jødene. Her var et samliv mellom kollaborasjon og motstand, et typisk trekk ved det okkuperte samfunn.

I 21 tilfeller tok Stapo altså ikke hensyn til legenes erklæring. Men hvorfor ble nettopp disse 21 arrestert og deportert og andre ikke? Om Stapos vurderinger på individnivå vet vi lite. Hvor avgjørende var Stapo-legens erklæringer? Kildemateriale som kan kaste lys over dette, er trolig spinkelt.

Hvordan fant jødene frem til legene og sykehusene? Forfatteren sier noe om det, men kildene er sparsomme. Antagelig var det til en viss grad tilfeldig om jødene havnet i en privat leilighet eller i et sykehus. I alle tilfeller må det ha skjedd improvisert og via bekjentskap eller langs personlige kanaler som førte frem til sykehuslegen. Blant de som hjalp, er det mange anonyme personer. Noen bidro kanskje bare en enkelt gang, ved å opprette en kontakt eller skaffe ly en natt eller to, før veien gikk videre til sykehuset. Andre ble engasjert til fordel for flere og over lengre tid, og noen fikk ekstra mye å gjøre. Samtidig viser Olsen hvordan en del av de som hjalp på sykehusene, går igjen i andre motstandssammenhenger. Noen av legene deltok

i legenes illegale ledelse og motstandsnettverk, de var tillitsmenn innenfor den sivile motstandsbevegelsen, eller de var som den kjente kirurgen Carl Semb (1895–1971) aktive både sivilt og militært.

Forholdet mellom hjemmefront og jøder

Under okkupasjonen hadde det frem til sommeren 1942 vokst frem en sivil og militær motstandsbevegelse. I Marte Michelets bok er det et hovedpoeng at denne bevegelsen sviktet da Stapo gikk til aksjon. Den kunne og burde ha hjulpet jødene, men gjorde det ikke. Diskusjonen om dette skal vi la ligge her og i stedet fremheve en annen side ved det samlede motstandsbildet. Det er hvordan nye motstandsnettverk oppsto spontant ut fra akutte behov og ekspanderte raskt høsten 1942. Et særlig tydelig eksempel på det er den såkalte «Carl Fredriksens Transport» som det har vært skrevet så mye om. Den vokste brått frem og fraktet flere hundre jødiske og ikke-jødiske flyktninger til grensen før den like brått ble satt ut av spill. Den fiktive innleggelsen i sykehus er et annet eksempel på denne typen knoppskyting.

I debatten om holocaust i Norge holder det vel nå på å utvikle seg et mer balansert syn på forholdet mellom hjemmefront og jøder. Okkupasjonsregimets bestialitet og jødernes tragedie vil alltid ruve mest i historien om holocaust. Samtidig rommer den et kapittel om de jødene som ble hjulpet til å flykte og overleve. Også den hjelpen er en form for «hjemmefront». Det er en hjelp som ikke er egnet til å prege det nasjonale selvbildet på samme måte som den sivile og militære motstandsbevegelsens triumfer. Til det var tapene for store og hjelpen som nådde frem, for liten. Men en plass i det totale motstandsbildet har også dette bidraget. Kåre Olsens studie av jødene som ble innlagt i sykehus for å unngå deportasjon, minner oss om det.

Litteratur

1. Olsen K. *Krigens barn: de norske krigsbarna og deres mødre*. Oslo: Forum Aschehoug, 1998. <https://www.nb.no/items/884db375f04f3b72e0574afa65315a4e?page=0> (13.1.2023).

Ole Kristian Grimnes
o.k.grimnes@iakh.uio.no

Ole Kristian Grimnes er professor emeritus i historie ved Universitetet i Oslo. Grimnes har særlig vært opptatt av norsk okkupasjonshistorie.

Universitetet i Bergen ser tilbake

Astri Andresen, Kari Tove Elvbakken red., med Dunja Blažević som medredaktør for bind 1 og 2:

Vitenskap og vitenskapshistorier 1–3.

Bergen: Fagbokforlaget 2022.

ISBN (hele verket) 978-82-450-3830-9

Gratis tilgjengelig som *open access* <https://oa.fagbokforlaget.no/index.php/vboa/catalog/book/30>

Michael 2023; 20; 105–9.

Historiefaget i Norge er ofte jubileumsdrevet. Når en institusjon passerer et åremål, utløses gjerne midler til en faghistorisk gjennomgang av hva som har foregått, både som dokumentasjon og for å lære av fortiden. Universitetet i Bergen ble opprettet i 1946. I 2021 var det 75-års-jubileum. Det førte til at et større historieprosjekt ble satt i gang i 2017. Nå foreligger det et håndfast resultat av mange personers arbeid, et tre binds verk med 34 kapitler på til sammen 1 376 sider.

Hva er et universitet? Det er vanlig å si at et universitets tre hovedoppgaver er undervisning, forskning og formidling. I det nye jubileumsverket er forskningen, dvs. vitenskapen, valgt som dreiepunkt.

Verket er formet som en antologi med 18 forfattere. Redaksjonen har bestått av historikeren Astri Andresen (f. 1955) og statsviteren Kari Tove Elvbakken (f. 1955), begge professorer med bred bakgrunn, Elvbakken endog med fartstid som universitetsdirektør. Som medredaktør og kapittelforfatter har de hatt med seg historikeren Dunja Blažević (f. 1984).



Bind 1 har tittelen *Politikken og hverdagen*. Allerede i den nyttige og velskrevne innledningen forstår leseren at like viktig som historien om vitenskapens utvikling, er historien om de indre og ytre betingelsene for denne utviklingen. Her slår et virvar av faktorer inn; tidsånd, rikspolitik, lokalpolitikk, ledelsesprinsipper og økonomi. Andresen og Elvbakkens kapittel om forventninger og krav gir en god oversikt over hva som skjedde i Bergen. Det er supplert med deres senere kapittel «Farvel til eksklusivitet – velkommen til mangfold». Sammen gir disse to kapitlene en god, generell innføring i utviklingen av høyere utdanning i Norge i etterkrigstiden.

Man skal være forsiktig med de store ord, f. eks. hvis man er universitetsrektor. Da kan man risikere å bli analysert som i Andresens spenstige kapittel «Rektors taler til studentene». Det kommer fram et bilde av hvordan festtalene gjenspeiler universitetets selvforståelse. Denne svinger mellom det tradisjonelle humboldtske ideal og opprøret mot det samme. Mye av bind 1 handler egentlig om institusjonens identitet.

Språk er en viktig del av identiteten, også for et universitet. Avdøde Gjert Kristoffersens kapittel om språkpolitikk og språkvalg følger utviklingen fram til nåtiden, da den økende dominansen av engelsk simpelthen blir en trussel mot norsk som fagspråk i sin alminnelighet.

At Norge er et land i verden, har norske akademikere visst mer enn godt i alle år. Oppbyggingen av et nasjonalt universitet fra intet i Christiania på 1800-tallet besto lenge i stor grad av innhenting av kunnskap, arbeidsformer og strukturer utenfra. Akademikeres reiser og internasjonale kontakter er et eget historisk emneområde som også er representert her. Magnus Vollsets kloke bidrag drøfter om internasjonaliseringspolitikken har gått for langt. Og Dunja Blažević etterlater en murrende følelse hos leseren – kan akademikeren med en omfattende internasjonal merittliste ende opp som en vitenskapens flygende hollender?

Leseren bør straks gå videre til Astri Andresens omfattende kapittel i bind 2 «Utviklingsforskning – å bygge verden og seg selv». Her har Universitetet i Bergen gjennom mange år etablert en sterk posisjon, blant annet med flere medisinske prosjekter.

Sosialantropologien står sterkt i det utlandsrettede arbeidet. Dette faget kom til Universitetet i Bergen i 1961 med Fredrik Barth (1928–2016). Det skjedde imidlertid også noe annet med sosialantropologien i Bergen – problemstillingene flyttet hjem. Marianne Gullestads (1946–2008) avhandling «Kitchen-Table Society» (1984) ble skoledannende.

Kampen om pengene, hvor de kommer fra og om de eventuelt har «strings attached», er velkjent hverdag i ethvert universitetsmiljø. Den statlige basisfinansieringen har ifølge sin natur vært politisk styrt. Finansierin-

gen av universitetene har alltid måttet tåle konkurranse med andre formål. I det store bildet preges endringene i universitetsfinansieringen av at en økende andel kommer fra eksterne kilder. Det er ikke uten utfordringer.

I bind 2 har redaksjonen hatt en vanskelig oppgave. Her skal de beskrive for en bred leserkrets hva som egentlig bedrives innenfor universitetets mange fag.

Det er felles trekk for de fleste fagområder. Redaksjonen har derfor valgt ut noen vitenskapelige miljøer som eksempler. Thorleif Aass Kristiansen skriver om hvordan kjemifaget har endret seg, blant annet ved å dreies mot grunnforskning og den voksende oljenærings behov. Andresen og Elvbakken har fra medisinske område valgt pediatri. Dette er et vellykket grep for å belyse hvordan eksterne og interne faktorer fremmer et fag. Innrammingen av framstillingen er den svenske fredsgaven i 1945 – den nye barneklirikken. Omsorgen for mor og barn bygde seg først opp i tråd med veletablerte tradisjoner innen forebygging og behandling, før den virkelig store suksess kom med samarbeidet med hygienefaget, da Medisinsk fødselsregister, opprettet 1967, ble flyttet til Bergen i 1969 med initiativtakeren, den nyutnevnte hygieneprofessor Tor Bjerkedal (1926–2015). Etter hvert som informasjonsmengden i registeret økte, kunne tilfanget av data om mor og barn gi stadig mer ny og viktig viten. Et stjerneeksempel er påvisningen av en sannsynlig sammenheng mellom krybbedød og å la spedbarnet sove på magen.

Innenfor feltet mor og barn finnes det mye, dels useriøs informasjon som kan være vanskelig å stå imot. Fødsler, amming, spedbarnsernæring er felt som lett vekker emosjoner og trigger sterke meninger. Jubileumsverket trekker her fram professor Alfred Sundal (1900–91). Han var forankret i den sosialhygieniske tradisjon med sin studie over høyde og vekt hos barn (1957) som han omsatte i vidt publiserte tabeller over normer på feltet. Mest kjent i norske hjem er nok hans populærvitenskapelige bok *Mor og barn* som kom i mer enn 20 nye utgaver fra 1937 og i tretti år framover.

Medisin er også representert i Magnus Vollsets kapittel om Universitetet og vaksinene, der vaksineforskningen finner sin balanse mellom grunnforskning og praktisk anvendelse.

Bind 3 er hovedsakelig historikeren og forfatteren Hege Roll-Hansens (f. 1967) bok. Hun har skrevet hele fem av bokas ti kapitler og er kjent blant annet for sine arbeider om den offentlige statistikks historie i Norge.





Hennes kapittel «Kvalitetsarbeid og dannelsesdiskusjoner» er en forløsende oppsummering etter at man har lest øvrige tekster om kvalitet ved universitetene. Dette er et minelagt felt. Bolognaprosessen førte i sin tid til en bombetrussel i Bergen, og de nå så moderne læringsutbytter (LUB'ene) får leseren til å vende tilbake til kardinalspørsmålet: Hva skal et universitet være? Verktøy for allmenndanning? Yrkesskole, kompetanseleverandør til samfunns- og næringsliv? En produsent av ny kunnskap?

I de 75 år som dette historieverket dekker, har det foregått ganske fundamentale forandringer i hva et universitet er og gjør. Dette gjelder alle de tre hovedoppgavene. Undervisningen har endret seg fra å være studier for de få til å være skole for de mange. Forskningen har undergått kvantesprang, ikke minst inn-

føringen av datateknikken, her godt beskrevet av Magnus Vollset i bind 2. Dette åpnet nye verdener i de naturvitenskapelige fagene, men snart kom også humaniora med, foruten tidligere manuelle hjelpefunksjoner. Utviklingen har gått så fort at forskere fortsatt husker hvordan noe så trivielt som litteratursøk kunne ta ukevis, i motsetning til nå med klikk på skjermen. Det samme gjelder formidlingen, som har tilpasset seg til den nye tids former og behov.

Roll-Hansen drøfter formidlingsoppgaver i flere kapitler. Bergens museum var utgangspunkt for det nye universitetet og har som universitetsmuseum både beholdt og utviklet sin rolle. Hvordan et museum skal være, har lett for å skape konflikter, simpelthen fordi et museum forteller folket hvordan deres fortid har vært. Om det er oppfatningene og opplevelsene gjerne ulike.

Siste kapittel i bind 3, «Universitetets innovasjonsvending», skrevet av Kari Tove Elvbakken og Terje Finstad, kan leses som en slags «punch-line». Vi har merket det på de foregående ca. 1000 sidene, men her kommer poengene klart formulert: Det bildet av et universitet historieverket arbeider seg fram mot, er det dynamiske og samfunnsrettede. Universitetet i Bergen har over lang tid profilert forskning og utdanning for å kunne fremme økonomisk vekst og ny næringsutvikling. Innovasjonsvendingen er en del av en internasjonal trend og Universitetet i Bergen kan regne seg som en innovasjonsaktør. Kommersialisering er også et mål i dette bildet. Fra 2003 er universitetene lovpålagt å arbeide med innovasjon. Vi leser om hvordan innovasjonsvendingen førte med seg opprettelsen av sentre og andre enhe-

ter, og hvordan strukturer, finansiering og styring ble ganske innviklet. Framstillingen viser hvor avhengig et universitet er av ytre krefter, ikke minst de skiftende politiske. Derfor er det viktig å ha et historieverk av denne typen.

Bokverket er så detaljert og veldokumentert at det må oppfylle de fleste krav til intern selvransakelse. Samtidig er teksten skrevet så lett og levende at også interesserte utenfor Bergen fenges av den, især fordi konteksten er så godt ivaretatt.

Kapitlene kan leses hver for seg, men utbyttet blir større hvis man leser flere på en gang. Derfor kunne man ha ønsket seg at rekkefølgen i enda større grad hadde fulgt tematiske linjer – og at det hadde vært et godt register. Et faktabilag med tall og tabeller om Universitetet i Bergen og virksomheten i jubileumsåret hadde også bidratt til den varige verdi.

Verket beviser ettertrykkelig at god historieskriving kan være jubileumsdrevet. Gratulerer til alle impliserte!

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen (f. 1938) er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo. Han var Det medisinske fakultets representant i styret for Forum for universitetshistorie i Oslo fra opprettelsen i 1993 inntil utgivelsen av Universitetets jubileumsverk i 200-års-jubileumsåret 2011. Larsen har selv skrevet historien om Det medisinske fakultet i Oslo (2014)¹.

1 Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. [Michael 2014; 11: Supplement 15](#).

Det norske medisinske Selskab 2022

Michael 2023; 20: 110–5.

Det norske medisinske Selskab hadde 250 medlemmer ved utgangen av 2022. I løpet av året arrangerte Selskapet ni møter. Legenes hus i Oslo er blitt et vel-etablert møtested. Tidsskriftet Michael utga to supplementer i tillegg til fire ordinære nummer.

Årets første møte i 2022 var på grunn av smittevernrestriksjoner et rent webinar. Fire andre møter ble strømmet. Novembermøtet ble arrangert som et seminar i samarbeid med Legeforskningsinstituttet. Julemøtet ble holdt i Festsalen, Ringnes bryggeri. Alle andre møter ble holdt i Legenes hus. Mens medlemmer har fri adgang til alle arrangementer, bestemte styret å ta kr. 100 per møte for ikke-medlemmer. Medlemskap er nå åpent for alle.

Våren 2022

Onsdag 12. januar 2022 kl 19:15 var temaet *Ungdoms psykiske helse: en plaget generasjon?* Møtet ble holdt som webinar med 80 deltakere.

Det var innledninger ved Trude Fixdal, spesialist i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, Diakonhjemmet sykehus og Pål Surén, forsker og barnelege, FHI.

Onsdag 16. februar 2022 kl 19:15 var temaet *Tvangsbehandling i psykisk helsevern.*

Det var ca. 50 deltakere i salen og knapt 100 fulgte møtet på nettet. Det var tre innledninger før en aktiv diskusjon:

- *Når tvangsbehandling kan oppfattes som en rettighet* ved Randi Rosenqvist, pensjonert psykiater og rettspsykiater.

- *Viktige aspekter vedrørende bruk av tvang i psykisk helsevern* ved Aslak Syse, jusprofessor ved Universitetet i Oslo og lege.
- *Tvang mot psykisk syke – hvilken rolle kan og bør politiet ha?* ved Kai Spurkland, politiadvokat og forsker, Politihøgskolen.

Onsdag 9. mars 2022 kl 19:15.

Minoritets-helse: hvor syke er innvandrerne?

Det var 23 deltakere i salen. Møtet ble også strømmet, og et ukjent antall fulgte møtet på nettet. Det var to foredrag:

- *Flere og eldre innvandrere i Norge fremover- implikasjoner for de eldre selv og tjenestene* ved Astri Syse, demograf i Statistisk sentralbyrå
- *Likeverdige helsetjenester- hva ligger i begrepet og hvordan kan den enkelte helsearbeider bidra til dette?* ved Arild Aambø, lege og senior-rådgiver ved Folkehelseinstituttet.

Onsdag 6. april 2022, kl. 19:15

Morgendagens vaksiner mot infeksjonssykdommer og kreft.

Foredrag ved Bjarne Bogen, professor i immunologi, Universitetet i Oslo.

30 deltakere. Møtet ble ikke strømmet.



Figur 1: Fra hepatitt-møtet i Legenes hus 4. mai 2022. (Foto: Øivind Larsen)

Onsdag 4. mai 2022, kl. 19:15

Hepatitt C: mot utryddelse av en dødelig sykdom.

Det var 28 deltakere i salen og et ukjent antall fulgte møtet som også ble strømmet.

- *Fra non-A, non-B hepatitt til nobelpris* ved Olav Dalgard, professor og spesialist i infeksjonssykdommer, Akershus universitetssykehus
- *Eliminasjon av Hepatitt C* ved Håvard Midgard, postdoc og spesialist i fordøyelsessykdommer, Oslo universitetssykehus.

Høsten 2022

Onsdag 7. september 2022 kl 19:15

Søvn- og søvnforstyrrelser

Det var 40 deltakere i salen.

- *Søvn og aldring* ved Anders M Fjell, professor i kognitiv psykologi ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- *Om søvnforeningens tilbud til sine medlemmer* ved Marit Aschehoug, sekretær i Søvnforeningen.

Onsdag 5. oktober 2022 kl 19:15

«Men det virker for meg»- om kosttilskudd og alternative legemidler.

Det var 48 deltakere og innledninger ved Rune Blomhoff, professor i ernæringsforskning, Universitetet i Oslo og Steinar Madsen, medisinsk fagdirektør, Statens legemiddelverk

Årsmøte i Det norske medisinske Selskab ble avholdt umiddelbart etterpå,

Onsdag 9. november 2022 kl 18:00

Er aktiv dødshjelp god dødshjelp?

Legeforskningsinstituttet og Det norske medisinske Selskab arrangerte seminar med støtte fra Stiftelsen Fritt Ord og Tidsskriftforeningen.

Det var 75 deltakere i salen. I tillegg fulgte 40 personer seminaret på nettet.

Før en engasjert diskusjon med et titalls innlegg var det fem innledninger ved:

- Morten Horn, overlege, Oslo universitetssykehus
- Marianne Bahu, jurist, ph.d., Universitetet i Agder
- Ole Martin Moen, filosof, ph.d., OsloMet
- Svein Aarseth, lege, leder i Rådet for legeetikk
- Gro Nylander, lege, dr.med.

Møte- og debattledere var Berit Bringedal og Erlend Hem.



Figur 2: Festsalen ved Ringnes Bryggeri i Oslo, en av dr. Sopp's første arbeidsgivere, var fylt til siste plass ved Det norske medicinske Selskabs julemøte 7. desember 2022. Da ble den mangfoldige forskeren og industrigründeren Olav Johan Sopp løftet fram fra glemselen gjennom spennende foredrag og lansering av Michael-hefte 4/2022 som hadde dr. Sopp som hovedtema. (Foto: Øivind Larsen)

Onsdag 7. desember 2022, kl. 18:00 ble årets julemøte arrangert i festsalen ved Ringnes Bryggeri.

Dr. Sopp – lege, soppforsker og verdensnavn

80 deltakere hørte to innledninger med etterfølgende buffetservering:

- *Dr. Olav Johan Sopp – en tidlig pioner innen norsk mykologi* ved Tore Hage, mikrobiolog og utviklingssjef, Ringnes Bryggeri
- *Dr. Sopp i sin historiske samtid: Kristianiabohem og folkeopplyser* ved Merethe Roos, professor i historie ved Universitetet i Sørøst-Norge

Selskapets årsmøte 2022

På årsmøtet 5. oktober 2022 ble årsberetningen og regnskapet godkjent. Kontingenten for 2023 ble fastsatt til kr 500; uendret.

Det var ikke valg, ettersom det sittende styret ble valgt for to år i 2021.

Styreleder: Magne Nylenna

Styremedlemmer: Stein A Evensen, Arvid Heiberg, Erlend Hem, Øivind Larsen, Frøydis Langmark, Kristine Lillestøl

Varamedlemmer: Merethe Roos, Jørgen Valeur

Selskapets styre fungerer også som legatstyrer for Dr. Alexander Malthes legat til beste for yngre leger og Ragnhild og August Gillums legat. Regnskapene for legatene i 2022 ble også lagt fram og godkjent ved årsmøtet.

Astrid Nylenna (astrid@dnms.no) er sekretær, og regnskapene ivaretas av Janniche Fjeldstad Jensen, Vekstra, Hadeland Regnskap AS, Gran. Styreleder og styremedlem Arvid Heiberg har samarbeidet tett med Formuesforvaltning AS v/ Mats Amundsen om Selskapets og legatenes finansielle forhold. Revisor er BDO, Gjøvik

Tidsskriftet *Michael*

Selskapets kvartalstidsskrift *Michael* utga i 2022 fire ordinære nummer med til sammen 24 artikler og 44 bokanmeldelser. I tillegg ble det utgitt to supplementer. Til sammen ble det 1049 publiserte sider. Alt er åpent tilgjengelig på www.michaeljournal.no

- *Michael* nr 1/2022 (104 sider) handlet om medisinsk grunnutdanning.
- *Michael* nr 2/2022 (97 sider) handlet om kommunehelsetjenesten.
- *Michael* nr 3/2022 (100 sider) handlet om legerollen.
- *Michael* nr 4/2022 (105 sider) *Dr. Sopp* handlet om legen Johan Oluf Olsen (1860–1831) som i 1886 skiftet navn til Olav Johan-Olsen, og i 1907 til Olav Johan Sopp. Gjesteredaktører var Merethe Roos, Kristine Lillestøl og Jørgen Valeur.
- Supplement 29 *Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022* er redigert av professor Steinar Hunskaar, Universitetet i Bergen.
- Supplement 30 *Jødene som ble innlagt i sykehus for å unngå deportasjon* er forfattet av historikeren Kåre Olsen (se sidene 100–4 og 116–7).

Det ble oppnevnt en ny redaksjonskomite med seks medlemmer med god faglig, geografisk og kjønnsmessig spredning:

- Professor Geir Sverre Braut, Høgskulen på Vestlandet
- Professor Jan Frich, Universitetet i Oslo
- Professor Linn Okkenhaug Getz, NTNU
- Professor Christoph Gradmann, Universitetet i Oslo
- Kommuneoverlege Cato Innerdal, Molde kommune
- Professor Hilde Leikny Sommerseth, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

Redaktører er, som tidligere, Erlend Hem, Øivind Larsen og Magne Nylenna.

Michael inngikk i 2022 avtale med Tekstallmenningen i Bergen om salg og distribusjon av enkelthefter og supplementer.

Etter en lengre prosess ble *Michael* i 2022 formelt godkjent som «open access»-tidsskrift og inkludert i *Directory of Open Access Journals* (DOAJ).

Magne Nylenna
Styreleder

Jøder i sykehus i ly for arrestasjon – stor interesse for boklansering

Michael 2023; 20: 116–7.

Historikeren Kåre Olsen presenterte nylig sin nye bok om jødene som ble reddet fra arrestasjon og deportasjon ved å bli innlagt i sykehus høsten 1942.

Gjennom mange år har Kåre Olsen (f. 1952) samlet dokumentasjon om et kapittel fra den annen verdenskrig som man hittil bare har hatt fragmentarisk kunnskap om. Ved grundige arkivsøk har han identifisert ca. 150 jøder som ble tatt hånd om av helsevesenet med fiktive eller overdrevne diagnoser. De fleste av dem unngikk dermed å bli deportert.

Olsen, som har arbeidet som arkivar og førsteamanuensis i Arkivverket hele yrkeslivet, har samlet sine resultater i en bok som ble lansert 20. november 2022. Boken er utgitt som supplement 30 av *Michael*¹. Lanseringen foregikk ved et seminar på HL-senteret, Senter for studier av Holocaust og livssynsminoriteter. Senteret har lokaler i Quislings gamle residens Villa Grande på Bygdøy i Oslo. I november 2022 var det 80 år siden arrestasjonsbølgen og deportasjonen. At presentasjonen foregikk i den staselige villaen til datidens ministerpresident, ga grunn til ettertanke om hva et regime styrt fra slike omgivelser kunne foreta seg. Opptak av lanseringen ligger fritt tilgjengelig på nettet².

Det var om lag hundre personer til stede. Etter Olsens framlegging av innholdet var det en samtale mellom senterets direktør, historiker og professor Guri Hjeltnes (f. 1953), fulgt av mange spørsmål og kommentarer. Fra det jødiske miljøet var det kommet slektninger av jøder som hadde unnsuppet, og det var interesserte tilhørere fra historiske, medisinske og andre fagkretser.

Verken boken selv eller presentasjonen av den etterlater noen tvil om at det nitide forskningsarbeidet Kåre Olsen har gjort, virkelig gir oss ny kunnskap.

1 Olsen K. Jødene som ble innlagt i sykehus for å unngå deportasjon. *Michael* 2022; 19: Supplement 30. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/30> (30.12.2022).

2 På sykehus i skjul for nazistene. HL-senteret. <https://www.youtube.com/watch?v=KcYMnfYg5qo&t=4862s> (30.12.2022).



Figur 1: Direktør Guri Hjeltnes og forfatter Kåre Olsen diskuterer bokens problemstillinger. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 2: Professor Lars Weisæth (f. 1941) (t.v.) kommenterer funnene til Kåre Olsen (t.h.) foran et fullsatt auditorium. (Foto: Øivind Larsen)

Øivind Larsen
 oivind.larsen@medisin.uio.no

Ole Didrik Lærum

Michael 2023; 20: 118–20.

Professor Ole Didrik Lærum døde 24. januar 2023. Et usedvanlig rikt og variert liv er slutt. Han var født 23. april 1940 og tok medisinsk embets-eksamen ved Universitetet i Oslo i 1965. Tidlig fattet han interesse for eksperimentell patologi, og det var i dette faget han kom til å utfolde seg resten av livet. Doktorgraden i 1969 omhandlet karsinogenese i hud.

I 1974 vendte han tilbake til Vestlandet som dosent og fra 1979 professor ved Universitetet i Bergen og Gades institutt. Han satt i ledelsen for universitetet i 12 år, blant annet som prorektor og rektor. Da han måtte gå av for aldersgrensen i 2010, ble han tilknyttet Københavns universitet som adjungert professor, helt til det siste.

Ole Didriks engasjement var mangfoldig og ustopkelig. I tillegg til å være eksperimentell forsker i toppklasse og med en omfattende produksjon, utfoldet han stor aktivitet på så mange felter, ikke minst innen medisinsk historie. Han var nært knyttet til hjemstedet Voss. I en familie med fem generasjoner av leger, hadde tre av dem bodd på doktorgarden, som beste-foreldrene hans kjøpte i 1910. Eiendommen Vangsly, også kalt Lærumgården, ligger midt på Vossevangen, i et opphavelig miljø med bolighus i rikt dekorert sveitserstil, hønsehus innredet som gjestehus og en stallbygning.

I den gamle stallen laget Ole Didrik en museumssamling i tre etasjer. Han hadde samlet mye utstyr fra legepraksis gjennom tidene, ikke minst fra slekten, tok imot besøkende og fortalte med begeistring blant annet om opplevelsen av barndomshjemmet, preget av praktisk, daglig helsearbeid. I april 1940 ble Vossevangen bombet av tyskerne og en brannbombe på 500 kg gikk gjennom taket og landet i kjelleren, men uten å detonere. Det var bare en av mange historier som han levendegjorde. Heldigvis er det tatt opp en rekke filmer fra museet, med Ole Didrik i utfoldelse som både forteller og intervjuer.



Ole Didrik Lærum holder foredrag på julemøtet til Helsehistorisk forum på Litteraturhuset i Oslo 20. november 2021. (Foto: Øivind Larsen)

Han hadde et uvanlig omfattende og bredt medisinhistorisk og kulturhistorisk forfatterskap. Medisinhistorien i Bergen har fått egne publikasjoner, og han brant særlig for å formidle historien om to miskjente kolleger, patologen Magnus Haaland, grunnleggeren av norsk eksperimentell kreftforskning, og mikrobiologen Konrad Birkhaug, som inspirerte ham til forskning. Ole Didriks lokalhistoriske interesser fikk blant annet utløp i to bøker om spelemennene Magnus Dagestad og Sjur Helgeland. Han hadde en spesiell interesse for røykstover, og i tillegg til bok presenterte han denne tusenårige tradisjonen i et muntlig program som han kalte *I ljøset frå eld og ljøre*. Et av de siste prosjektene hans var å sette i stand Bjørkeli sanatorium på Voss, både med innsamling av bøker, gjenstander og rehabilitering av gamle kurhaller og andre bygninger.

Hans engasjement for den muntlige fortellertradisjonen og familiehistorien ga seg utslag i bøker som *I kastanjetreet*, *Gamledoktoren forteller*, *I ulveskinns-pels* og også om onkelen, som han var oppkalt etter, bygningsingeniøren og professoren Ole Didrik Lærum, *Ingeniøren og eventyret*. Forskningsformidling lå ham på hjertet, og også her utga han flere bøker, som *Den forunderlige vitenskapen*, *Mennesket og biorytmene* og *Forskning til frokost*.

Hans dype sans for humor viste seg blant annet i bøker med «skjemte-soger frå helsestellet». I flere tiår samlet han på kuriøse, men tankevekkende artikler, som han kalte «originale artikler», og i en serie gjennom to år i *Tidsskrift for Den norske legeforening* skrev Ole Didrik kommentarer til 44 slike artikler. Stoffet ble senere samlet i en bok, *Verken syk eller frisk: sunnhet og sykdom er ikke lenger hva de var*. Her omtaler han blant annet, på sedvanlig vis, verdens sjeldneste sykdom, som han hadde gitt navnet Lærums tumor eller podocytom. Den er faktisk så sjelden at den ennå ikke er observert.

Ole Didrik sto for allsidighet, samlerglede, formidlingsevne og humor. Og hele hans rike personlighet delte han raust med andre. Han gjorde seg bemerket uansett hvor han kom. Han fortalte med glede at han, som nordmann, ble bedt om å skrive historien om berømte danske kreftforskere.

Hans arbeidskraft var kolossal, men hvordan han kunne få det til alt sammen, ved siden av den oppslukende forskergjeringen, er ikke så lett å forstå. Og ennå har vi ikke nevnt hans musikalitet, han spilte alpehorn, lur, trompet og tuba, sto bak det første jazzbandet på Voss i 1950-årene, etablerte Medicinsk Paradeorchæster i 1961 og var helt til det siste ivrig trompetist i Voss storband. Han var et moderne renessanse menneske.

Vi hadde sist kontakt med ham i oktober 2022. Da arbeidet han intenst med å slutføre en ny bok, om helse og sykdom i sagalitteraturen, basert på et seminar i Det Norske Videnskaps-Akademi, der han hadde vært både visepreses og preses. Selv om han var blitt 82 år gammel, hadde han fortsatt mye ugjort, men du verden for et rikt liv han hadde. Han vil bli dypt savnet.

Erlend Hem, Øivind Larsen, Magne Nylenna

Intelligens «innafor boksen»

Michael 2023; 20: 121–2.

I vestibylen i Kristian Ottosens Hus ved Universitetet på Blindern, mellom apoteket og bokhandelen, ble det 31. januar 2023 åpnet en liten, men meget informativ utstilling om måling av intelligens. Ulike metoder som har vært anvendt, er beskrevet og forklart.

Utstillingens navn «Innafor boksen?» viser nettopp det skumle ved temaet. Her er det metoder for å sortere folk, og beveggrunnene har ikke alltid vært like sympatiske. Sortere kan også bety å sortere ut. Lage tall som kaldt viser hvem som er «innafor» og hvem som er «utafor».

Høsten 1944, da jeg gikk i første klasse på Ila skole i Oslo, skulle vi intelligensprøves under den strikse ledelse av vår solstråle av en lærerinne. Jeg husker vi måtte baske med trekanter, ruter og terninger. Etter hvert syntes jeg dette var så dumt at det til slutt sprakk for meg. Jeg slengte blyanten i femte veggen og rømte ut. Hjem! Hva skjedde så? Jeg ble utvist fra skolen. Etter en tid ble jeg tatt inn igjen, men da i en annen klasse.

Utstillingen setter intelligens testingen inn i en pedagogisk, historisk og teoretisk ramme som selvsagt var ukjent for meg i 1944. Det som het Binet-Simons test stammet helt fra 1908, men den ble revidert i 1916 og kalt Stanford-Binets test, der intelligenskvotienten IQ ble innført som et forhold mellom den mentale alder prøven viste og barnets fysiske alder. Så fulgte flere omarbeidelser. De norske psykiaterne Sigurd Dahlstrøm (1882–1933) og Johan Lofthus (1887–1959) hadde disputert på intelligensmåling i henholdsvis 1922 og 1931 og arbeidet for å lage tester spesielt egnet for norske forhold. Fra 1938 ble utarbeidelsen av norske intelligens tester et kjerneområde for den nye professor i pedagogikk Helga Eng (1875–1966).

Utstillingen viser en rekke varianter av intelligensprøver og personlighetstester som kunne brukes for mange formål. En av dem sjekket f. eks.



Fra en av montrene: Til venstre publikasjoner om tilpasning av intelligensprøver for norske barn, til høyre en koffert med undersøkelsesmateriell for bruk ute i felten. Et klart varsko her: Koffertinnholdet kunne gjøre skade hvis det ble brukt av ukvalifisert personell. Det kunne føre til ukvalifiserte konklusjoner som kunne få konsekvenser for dem som var blitt testet og kanskje hadde havnet i feil bås. (Foto: Øivind Larsen)

din musikalitet og kunne angivelig forutsi om det var noen vits i å gå til pianolæreren.

Utstillingen blir stående utover våren 2023. Det lønner seg å gå innom – og å ta seg litt god tid.

Jeg kjente igjen noen av rekvisittene fra 1944. Trekanter, ruter og terninger. Sant å si ble jeg like betenkt nå som for 79 år siden. Men som pensjonist kan jeg ikke utvises.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Boklansering og helsespråksamtale

Michael 2023; 20: 123–6.

Boka Pasientjournalen – språk, dokumentasjon og helsekompetanse ble lansert i Målstova på Nasjonalbiblioteket i Oslo 14. februar 2023. Et godt og klart språk er en forutsetning for en god helsetjeneste, understreket helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol i sin innledning.

– Målstova var i tidligere tider en sal for samtaler, sa direktør Åse Wetås i Språkrådet som var vertskap for samlingen. Hun inviterte til en samtale om helsespråk (figur 1). Den invitasjonen ble fulgt opp med fem faglige innlegg basert på kapitler i boka som er det 31. supplementet til tidsskriftet *Michael* (1), en panelsamtale mellom tre helseinformanter, og deretter uformelle samtaler blant omtrent 75 inviterte deltakere.

Samtalen går videre

– Pasientjournalen er i seg selv en samtaleplattform, sa professor Erik Fosse. Der snakker legen og sykehuset med seg selv, og der snakker de sammen. Etter hvert er pasienten også blitt med i samtalen. Neste deltaker er data-maskinen. Han skisserte framtidens mulige bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten. Algoritmer og automatisering kan bidra både i diagnostikk og behandlingsbeslutninger basert på journalinnholdet

Arrangementet var ikke bare en boklansering, men også begynnelsen på det som kan bli et forum for norsk helsespråk. Erlend Hem orienterte om planene på vegne av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk, Språkrådet og Direktoratet for e-helse som også står bak bokinitiativet. I 2023 er det planlagt ytterligere to seminarer, et i Legenes hus i Oslo, og et hos Direktoratet for e-helse. Målet er å utvikle og forbedre det norske helsespråket.

PROGRAM

10.00–10.10 **Åpning** ved helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

10.10–10.20 **Helsespråk for alle** ved Åse Wetås, direktør i Språkrådet

10.20–10.30 **Boklansering** ved Erlend Hem og Magne Nylenna

Seminarandel

10.30–10.40 **Medisinsk journalskriving på nynorsk**
Geir Sverre Braut, professor ved Høgskulen på Vestlandet

10.40–10.50 **Helseplattformens språklige erfaringer**
Julia Németh, produksjef for HelsaMi
Mona Stedenfeldt, seksjonsleder i Helseplattformen

10.50–11.00 **Ulike behov – felles språk?**
Alfhild Stokke, avdelingsdirektør i Direktoratet for e-helse

11.00–11.10 **Thorax, toraks eller brystkasse?**
Lars Johnsen, forskningsbibliotekar ved Nasjonalbiblioteket

11.10–11.20 **Pasientjournal, kunstig intelligens og språkteknologi**
Erik Fosse, professor ved UiO

11.20–11.25 **Presentasjon av planer for nettverksseminar til våren og høsten**

11.25–11.35 **Pause**

11.35–12.00 **Hvordan står det til med den språklige beredskapen?**

Panelsamtale med

- Espen Rostrup Nakstad, assisterende helsedirektør i Helsedirektoratet
- Christina Lill Rolfheim-Bye, kommunikasjonsdirektør i FHI
- Bente Aae, kommunikasjonsdirektør i Helse Vest

Samtalen ledes av Stine C. Bjerkestrand, kommunikasjonsdirektør i Direktoratet for e-helse

12.00–13.00 **Lunsj**



Figur 1. Seminarprogrammet



Figur 2. Ingvild Kjerkol, Magne Nylenna, Åse Wetås og Erlend Hem var tilfreds både med boka og lanseringsseminaret. (Foto: Isak Ramsvik, Språkrådet)

Pasientjournalen

Flere og ulike målgrupper gjør det vanskelig å finne et språk som ivaretar alle journalens funksjoner. Samtidig er politikere, språkroktore og helsepersonell enige om at pasientjournalen er et viktig satsingsfelt for språklig bevissthet og at den nye boka er et nyttig hjelpemiddel (figur 2).

Direktoratet for e-helse arbeider for å finne et felles språk for ulike behov. I Helseplattformen i Midt-Norge har man lansert en digital innbyggerportal for helse- og omsorgstjenester som har fått navnet HelsaMi. Det er investert mye tid i brukermedvirkning og brukertesting.

Journal skriving på nynorsk er en særlig utfordring, sa professor Geir Sverre Braut. Han utfordret «substantivsjuka» i journalene og den overdrevne bruken av passivt språk. Det kan fungere som ansvarsfraskrivelse, sa han.

Språklig beredskap

Med utgangspunkt i erfaringene fra koronapandemien ble programmet avsluttet med en panelsamtale ledet av kommunikasjonsdirektør Stine Camilla Bjerkestrand i Direktoratet for e-helse. Hun styrte ellers hele seminaret med fast hånd og tydelig stemme.

Paneldeltakerne var enige om at helsetjenesten trenger en språkpolitikk også for beredskap. – Det vi gjør mellom krisene er viktigst, sa Bente Aae, kommunikasjonsdirektør i Helse Vest. Christina Rolfheim-Bye i Folkehelse-

instituttet påpekte behovet for et målrettet, skreddersydd språk til ulike grupper.

Assisterende direktør i Helsedirektoratet, Espen Rostrup Nakstad, oppsummerte det hele med et allmenngyldig råd: Fortell ting så enkelt og presist at flest mulig forstår mest mulig!

Litteratur

1. Nylenna M, Hem E, Husom N. red. Pasientjournalen – språk, dokumentasjon og helsekompetanse. *Michael* 2023; 20: Suppl 31. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/31>

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Jan Frich
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2022)

ISSN 1893-9651

www.dnms.no

ISSN 1893-9651

