

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 uenig», «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/1186512910-016-0107-3) (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://www150.comma.ca/2022-03-03-third-annual-report-on-medical-assistance-in-dying-in-canada-2021) (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.