

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Dødshjelp rokker ved helsetjenestens verdigrunnlag

Debatten om dødshjelp handler om mer enn retten til å bestemme over eget liv. Spørsmålet berører hvilke verdier og prinsipper helsetjenesten skal bygge på.

Marita Nordhaug

Førsteamanuensis

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Per Nortvedt

Professor emeritus

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Dødshjelp

Etikk

Forsvarlighet

Helsetjeneste

Sykepleien 2026;114(105131):e-105131

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.105131](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.105131)

Hovedbudskap

Debatten om dødshjelp handler ikke bare om enkeltmenneskets rettigheter, men om hvilke verdier helsetjenesten skal bygge på. Når beslutningskompetanse gjøres til et vilkår, oppstår et rettferdighetsproblem som enten åpner for urettferdig forskjellsbehandling eller for en utvidelse som kan true sårbare liv. Begge deler utfordrer prinsippene om likeverd og likebehandling i helsetjenesten.

Etter høstens stortingsvalg kan debatten om dødshjelp få ny kraft. Fremskrittspartiet, som lenge har ønsket legalisering, er nå nest størst på Stortinget. Venstre vedtok på sitt landsmøte i mars å utrede en slik ordning. Samtidig markerer flere partier motstand.

Med andre ord er det nå reell politisk bevegelse – og uenighet – i spørsmålet om dødshjelp bør legaliseres som et offentlig helsetilbud i Norge. Debattene får også stadig større plass i offentligheten, både i redaktørstyrte og sosiale medier.

Historiene som deles, er sterke og berører mange. Men de reiser også grunnleggende spørsmål: Hva slags helsetjenester ønsker vi? Og hvilke verdier bør de bygge på?

Sykepleiere må løfte likeverdighet inn i debatten

Dersom vi skal ta stilling til dødshjelp, er det behov for en bredere faglig og etisk diskusjon om hvilke verdier våre felles helsetjenester skal bygge på. Som Magelssen og Alme skriver i et debattinnlegg i Sykepleien i mars 2025, må «[s]ykepleiere [...] løfte sitt fagfelt inn i debatten om dødshjelp» (1).

Sykepleiefaget bygger på grunnleggende prinsipper om menneskeverd og likeverd, slik det uttrykkes både i International Council of Nurses' code of ethics for nurses (2) og Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (3). Dette er i tråd med det overordnede verdigrunnlaget for helsetjenestene i Norge.

«Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, og at like tilfeller skal behandles likt.»

I dette verdigrunnlaget heter det at befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, og at like tilfeller skal behandles likt (4, 5). Dersom dødshjelp skal vurderes legalisert som offentlig helsehjelp i Norge, krever det derfor et systemblikk som ikke bare tar hensyn til, men vektlegger det grunnleggende prinsippet om likeverdighet.

Vi mener at en slik bestilling ikke kan svares ut på en etisk forsvarlig måte.

Dødshjelp må skilles fra behandlingsbegrensning

Det er viktig å skille mellom dødshjelp og behandlingsbegrensning. Behandlingsbegrensning betyr å la være å sette i gang livsforlengende behandling eller å avslutte pågående livsforlengende behandling (6).

Slik behandling kan for eksempel være hjerte- og lungeredning, respiratorbehandling, dialyse, cytostatika, antibiotika eller kunstig tilførsel av væske og ernæring (6).

Begrunnelser for behandlingsbegrensning er oftest at behandlingen er åpenbart nytteløs, at døden er nært forestående, at behandlingen påfører pasienten mer lidelse og plager, eller etter pasientens eget ønske.

Behandlingsbegrensning er ofte en del av palliativ behandling og omsorg. Pasienten dør da av sin sykdom eller grunntilstand, men døden er ikke direkte forårsaket av behandlingsbegrensningen.

Dødshjelp omfatter eutanasi og assistert selvmord

Dødshjelp er derimot medisinske prosedyrer som har til hensikt å fremprovosere døden, og som alene forårsaker den i løpet av svært kort tid, ofte bare noen minutter. Internasjonalt skilles det mellom to hovedformer: eutanasi og assistert selvmord.

Eutanasi innebærer at en lege eller sykepleier gir en injeksjon av dødbringende medikamenter etter frivillig og uttrykkelig ønske fra en beslutningskompetent pasient. Assistert selvmord betyr at en lege eller annet helsepersonell foreskriver en dødelig dose medikamenter, som pasienten selv tar (7).

«Dødshjelp er forbudt i Norge. Straffeloven kriminaliserer det å ta et annet menneskes liv.»

Dødshjelp er forbudt i Norge. Straffeloven kriminaliserer det å ta et annet menneskes liv (8). I juridisk forstand regnes dødshjelp som enten drap (§ 275) eller medvirkning til selvdrap (§ 277).

Dersom dødshjelp skal legaliseres i Norge, kreves derfor radikale lovendringer med konsekvenser for helsetjenestens og helseprofesjonenes verdigrunnlag og jurisdiksjoner. Det betyr at dødshjelp ikke bare er et spørsmål om individuelle valg og rettigheter, men om demokratiske og kollektive beslutninger: Hva slags helsetjenester skal vi ha – og hvilke verdier skal de bygge på?

Kriteriene åpner for urettferdig forskjellsbehandling

I land der dødshjelp er legalisert, som i Nederland, gjelder strenge kriterier for hvem som oppfyller vilkårene. Ofte trekkes tre hovedkriterier frem: Pasienten må lide uutholdelig, det må ikke finnes realistiske utsikter til bedring, og pasienten må være beslutningskompetent og fremme en frivillig, konsistent og informert anmodning om dødshjelp.

Kriteriene skal sikre at praksisen begrenses til unntakstilfeller og ikke misbrukes.

Moen og Sterri har foreslått en liknende modell i Norge. De mener myndighetene bare bør tilby dødshjelp når en person faktisk har en interesse i å dø – det vil si når vedkommende lider uutholdelig, ikke har realistiske utsikter til bedring og har tatt et kompetent, konsistent og ikke presset valg om å avslutte livet (9).

Ved første øyekast fremstår forslagene ansvarlige. Men når beslutningskompetanse gjøres til en nødvendig betingelse for dødshjelp, oppstår et rettferdighetsproblem.

Dersom dødshjelp skal anses som et gode, må dette i så fall være et gode både for beslutningskompetente og for dem som ikke er beslutningskompetente. Hvis ikke åpner vi for forskjellsbehandling basert på pasienters kognitive evner – ikke på livskvalitet, kliniske symptomer og behandlingsmuligheter. Kravet om beslutningskompetanse er derfor grunnleggende urettferdig.

Like tilfeller skal behandles likt i helsetjenesten

En vanlig måte å forstå rettferdighet i helsetjenestene på, kommer fra Aristoteles' formale prinsipp om rettferdighet. Prinsippet sier at like tilfeller skal behandles likt, og ulike tilfeller skal behandles ulikt – men bare når det finnes legitime grunner til forskjellsbehandling.

Hvis to pasienter har uutholdelige lidelser, ingen realistiske muligheter for bedring og samme behov for lindring, men bare den ene får dødshjelp fordi vedkommende er beslutningskompetent, må vi spørre: Er dette en legitim grunn til å behandle dem ulikt?

«Hvis beslutningskompetanse skal være et nødvendig kriterium, blir dødshjelp en 'privilegert rettighet' for dem som er beslutningskompetente.»

Vi mener at det ikke er det. Det finnes verken faglige eller etiske grunner til å hevde at beslutningskompetente personer lider mer enn de som ikke er det. Kanskje snarere tvert imot. Hvis beslutningskompetanse skal være et nødvendig kriterium for dødshjelp, blir dødshjelp en «privilegert rettighet» for dem som er beslutningskompetente.

Dødshjelp åpner for stadig mer komplekse grenseganger

Ønsker vi en slik helsetjeneste? Hvis svaret er nei – slik vi mener – kan et alternativ være at dødshjelp også må kunne tilbys personer som ikke er beslutningskompetente og kan fremme en anmodning om dødshjelp.

Men da står vi i en klassisk skråplanssituasjon: en utvikling som er vanskelig å kontrollere og stoppe. Uten beslutningskompetanse som nødvendig kriterium, åpnes det for dødshjelp i stadig flere og mer komplekse tilfeller – og på vilkår som er etisk problematiske.

Problemet med å utvide dødshjelp til pasienter som ikke er beslutningskompetente, er at andre enn personen selv må ta avgjørelsen om å be om dødshjelp. Da må dødshjelp enten baseres på forhåndssamtykke eller på en stedfortredende beslutningstaker.

Et forhåndssamtykke til dødshjelp må imidlertid i praksis forstås som en forhåndsanmodning: en tidligere viljesytring om en aktiv handling som avslutter livet, ikke bare et samtykke til å avstå fra livsforlengende behandling.

Forhåndsanmodning skaper et usikkert grunnlag

Her ligger det en moralsk viktig forskjell. Det er noe annet å gi et aktivt informert samtykke enn å fremme en anmodning. Denne forskjellen gjør dødshjelp fundamentalt annerledes enn annen helsehjelp.

Når et forhåndssamtykke tolkes som en forhåndsanmodning – slik det må gjøres ved dødshjelp – går vi fra en aksept til en aktiv forespørsel, uten at personen senere kan bekrefte ønsket eller trekke det tilbake når vedkommende ikke lenger er beslutningskompetent.

«Vi har ingen garanti for at pårørende eller helsepersonell fullt ut representerer pasientens interesser.»

Dette gir et usikkert grunnlag for beslutninger. Vi har ingen garanti for at pårørende eller helsepersonell fullt ut representerer pasientens interesser. Vi har heller ingen garanti for at pasientens fremtidige ønske samsvarer med pasientens nåværende ønske. Når indikasjonen utvides på denne måten, øker risikoen for beslutninger som ikke fullt ut representerer pasientens vilje.

Erfaringer fra Belgia viser hvordan slike utvidelser kan utvikle seg. Der har liberalisering av lovgivningen åpnet for dødshjelp til mindreårige og bruk av forhåndsønsker – en utvikling som utfordrer grunnleggende etiske prinsipper og kan sette sårbare menneskers liv i fare.

Dødshjelp bryter med helsetjenestens grunnverdier

Prinsippet om likebehandling tilsier at uutholdelig lidelse må veie tyngre enn kognitiv status og evne til å be om helsehjelp.

De som ønsker å legalisere dødshjelp, står derfor overfor et dilemma: Enten må de akseptere en urettferdig forskjellsbehandling, der beslutningskompetanse blir et nødvendig tilleggskriterium. Eller så må de akseptere en utvidelse av ordningen som kan true sårbare liv.

Begge deler bryter med helsetjenestens grunnleggende verdier.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



ULOVLIG: Dødshjelp er forbudt i Norge og regnes juridisk som enten drap eller medvirkning til selvdrap. En legalisering vil kreve omfattende lovendringer og få konsekvenser for helsetjenestens ansvar og rolle. *Illustrasjonsfoto: Ground Picture / Shutterstock / NTB*

1. Magelssen M, Alme TY. Sykepleiere må løfte sitt fagfelt inn i debatten om dødshjelp. Oslo: Sykepleien; 20. mars 2025 [hentet 27. oktober 2025]. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2025/03/sykepleiere-ma-lofte-sitt-fagfelt-inn-i-debatten-om-dodshjelp>

2. International Council of Nurses (ICN). The ICN code of ethics for nurses [internett]. Genève: ICN; 2021 [hentet 27. oktober 2025]. Tilgjengelig fra:

https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

3. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

4. Meld. St. 38 (2020–2021). Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021 [hentet 27. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>

5. Meld. St. 21 (2024–2025). Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjenesten [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2025 [hentet 27. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/>

6. Nortvedt P. Omtanke: innføring i sykepleieetikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2021.
7. Materstvedt LJ. Dødshjelp: begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2023.
8. Lov om straff (straffeloven). LOV-2005-05-20-28 [hentet 27. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
9. Sterri AB, Moen OM. Dødshjelp bør legaliseres i Norge. Etikk i praksis. Nord J Appl Ethics. 2025;19(1):95–103. DOI: [10.5324/eip.v19i1.6323](https://doi.org/10.5324/eip.v19i1.6323)