

Fra dødssynder til akseptert moral

Torben Hviid Nielsen

Det har skjedd en markant økning i aksepten av eller tilslutningen til abort og dødshjelp i løpet av de siste tre tiårene, en endring som ofte har vært oversett. De gamle kristne "dødssynder" abort og dødshjelp er nå begge blant de mest aksepterte handlinger av moralsk karakter. Aksepten av abort økte primært i 1970-årene, mens aksepten av dødshjelp primært økte i 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene. Nordmenn anser nå dødshjelp som et "privatmoralsk" snarere enn som et "samfunnsmoralsk" spørsmål.

Data fra 1995 rangerer abort som den tredje og dødshjelp som den femte mest aksepterte av 22 ulike handlinger med moralske implikasjoner. Handlingene spente fra "å kreve offentlige goder som du ikke har rett til" via "homoseksualitet" og "selvmord" til "å lyve i egen interesse". På en skala fra 1 (aldri) til 10 (alltid) var gjennomsnittsverdien for aksept av abort 5,2 og for dødshjelp 4,8. Kun "skilsmisse" og "drap i selvforsvar" oppnådde en (litt) høyere grad av aksept enn abort.

Generelt endrer sentrale verdier seg sakte (Listhaug 1998), og surveydata gir ikke de mest sensitive målene på grunnleggende verdiendringer. Det høye nivået for aksept av både abort og dødshjelp er imidlertid skapt gjennom en sterk og parallell økning i de siste tre tiårene. Liberaliseringen i holdningen til dødshjelp fant imidlertid sted etter liberaliseringen i holdningen til abort. I tiåret fra 1969 til 1981 steg middelverdien for aksept av abort fra indeksverdien 2,1 til verdien 5,2. Og i årene fra 1982 til 1995 steg aksepten av dødshjelp med nesten den samme takten og til nesten det samme absolutte nivået (fra en gjennomsnittsverdi på 2,8 til 4,8).

Gjennomsnittsverdien for aksept av alle de 22 handlingene i undersøkelsen var 2,3 i 1982, 2,4 i 1990 og 2,6 i 1995. Den økte aksepten av abort og dødshjelp utgjør dermed den klart største forandringen i befolkningens oppfatning av moralske verdier i perioden.

Betydningen av denne holdningsendringen understrekes endelig av resultatene av en faktoranalyse av data fra 1982. Analysen plasserer dødshjelp sammen med "samfunns-

moralske handlinger" som "å snyte på skatten", "å ta imot bestikkelser i sin jobb" og "å beholde penger du har funnet", som alle blir møtt med en restriktiv holdning. Den samme analysen av svarene fra 1990 og 1995 plasserer derimot dødshjelp sammen med "abort", "skilsmisse", "homoseksualitet" og "selvmord" i gruppen av "privatmoralske handlinger", som blir møtt med en mer liberal eller permissiv holdning.

Rettferdiggjøring og rettferdig bruk

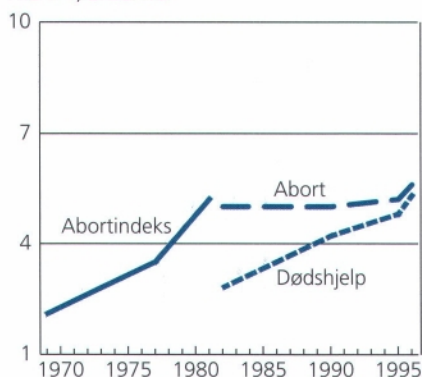
Hvordan kan vi forklare denne nye og delvis oversette utviklingen? Tre resultater fra analyser av undersøkellesdataene kan bidra til "oppklaringen".

Figur 2 viser økningen i aksepten av dødshjelp. Det er en utvikling fra overveldende enighet om å fornekte og avvise i 1982, til uenighet om forutsetningene for at det er akseptabelt i 1995.

I 1982 ble dødshjelp praktisk talt enstemmig og ubetinget avvist: Over halvparten av befolkningen svarte at dødshjelp "aldri" burde rettferdiggjøres, og tre av fire benyttet de tre mest restriktive

Figur 1: Aksept av abort og dødshjelp 1969-1996

Aldri=1, alltid=10



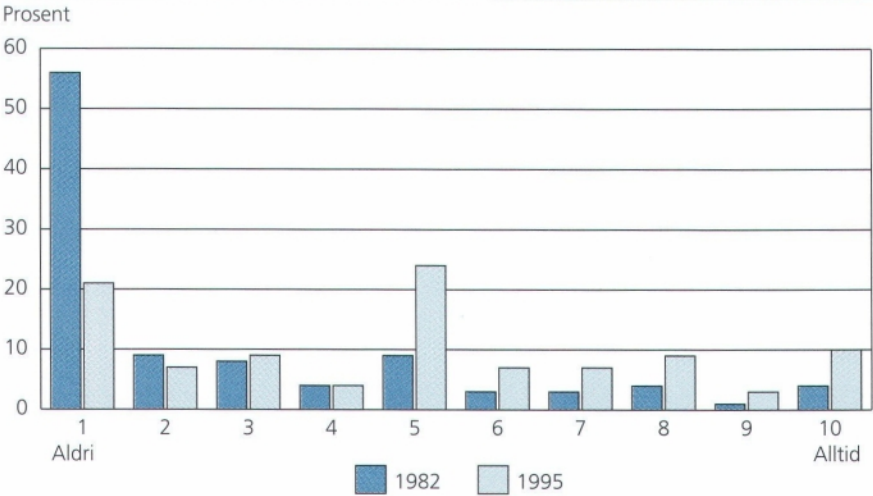
Kilde: Valgundersøkelsene 1969, 1973, 1977 og 1981; Verdiundersøkelsene 1982, 1990 og 1996; og SSBs Omnibusundersøkelse 1995

plassene på skalaen. Profilen fra 1995 har tre tyngdepunkter: Bare én av fem svarte ubetinget "aldri", en av fire plasserte seg midt på ska-

laen, og en av ti svarte "alltid". I løpet av litt over et tiår har et nesten absolutt tabu blitt til et spørsmål om betingelser, argumenter og for-

handlinger. Undersøkelsen registrerer ikke betingelsene, men en annen norsk undersøkelse utført av Scan-Fact i mai 1996 viser at 44 prosent aksepterer "passiv" dødshjelp (i spørreskjemaet definert som "å kunne stoppe behandling"), mens 46 prosent aksepterer "aktiv" dødshjelp eller hjelp til selvmord (definert som "å få lov til å ende pasientens liv på en smertefri måte") (VG, 25. mai 1996).

Figur 2: Aksept av dødshjelp. 1982 og 1995



Kilde: Verdiundersøkelsen 1982 og SSBs Omnibusundersøkelse 1995

Om data

Artikkelens datagrunnlag er gjenbruk og nyfortolkning av resultater fra to eldre og regelmessig gjentatte opinionundersøkelser. Resultatene er supplert med ikke tidligere publiserte data fra 1995.

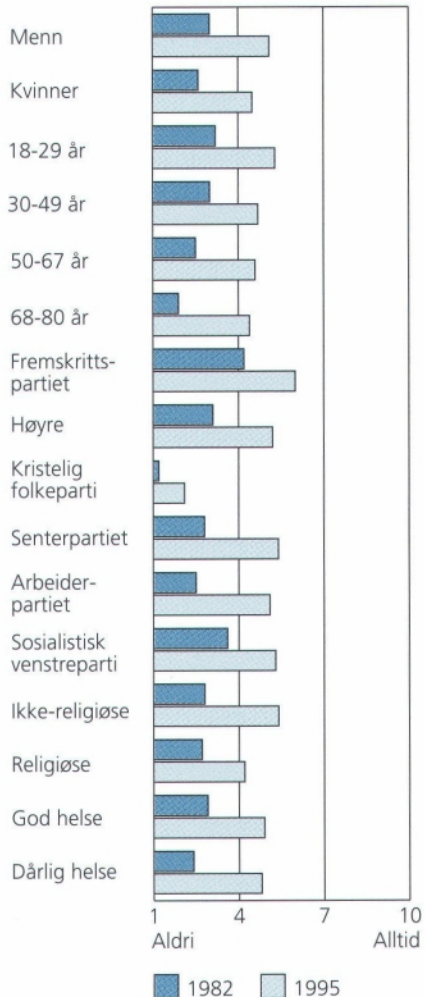
Valgundersøkelsene blir gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB) på oppdrag fra Institutt for samfunnsforskning, og har siden 1969 stilt spørsmål om "diskusjonen om adgang til abort". Introduksjonen til spørsmålet har variert litt, men man har hver gang samlet "noen av de standpunktene som blir hevdet i debatten". Og svaralternativene har hver gang vært "aldri tillates", "hvis kvinnens liv er i fare", "personlige forhold" og "selvbestemt abort" samt "vet ikke".

Verdiundersøkelsen i Norge er blitt gjennomført av Statistisk sentralbyrå på oppdrag fra NTNU, og er den norske delen av Verdens Verdiundersøkelse. Her regnet man i 1982 og 1990 opp "abort" og "dødshjelp" blant 22 handlinger av moralsk karakter. Respondentene ble bedt om å angi "om du mener slike handlinger alltid kan rettfærdiggjøres, aldri kan rettfærdiggjøres eller noe midt imellom" på en skala fra 1 til 10. 1996-undersøkelsen gjentok spørsmålet, men antallet handlinger var redusert til 11.

Disse dataene er supplert med to sett data innsamlet i 1995. SSBs Omnibusundersøkelse fra mars 1995 gjentok spørsmålene fra Verdiundersøkelsen i 1982 og 1990. "Lægekårsundersøkelsen" som Den norske lægeforening gjennomførte blant sine medlemmer i 1995, stilte spørsmålene til et representativt utvalg av leger.

I flere analyser benytter vi data fra Omnibusundersøkelsen i 1995 i stedet for de nyere dataene fra Verdiundersøkelsen fra 1996. 1995-undersøkelsen har gjentatt alle de 22 "morske" handlingene og den har flere relevante bakgrunnsvariabler. Videre er det mulig å sammenlikne den direkte med Lægekårsundersøkelsen fra det samme året.

Figur 3: Aksept for dødshjelp i forskjellige grupper i den norske befolkningen. 1982 og 1995



Kilde: Verdiundersøkelsen 1982 og SSBs Omnibusundersøkelse 1995

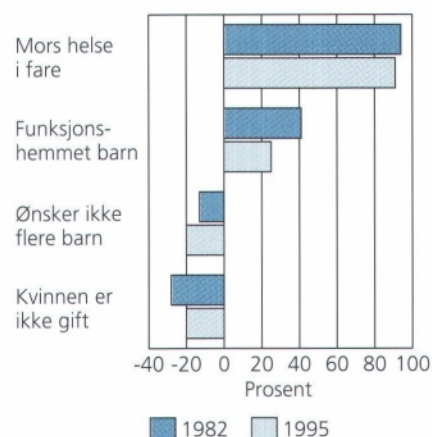
Figur 3 viser at den økte aksepten av dødshjelp har vært en generell tendens som berører praktisk talt hvert eneste segment i befolkningen. Den nye uenigheten om betingelsene for akseptabel dødshjelp er dermed først og fremst en uenighet innenfor sosiale grupper – ikke gruppene imellom.

I 1995 var den gjennomsnittlige aksepten høyere enn aksepten i noen av gruppene i 1982. Og hvert eneste segment hadde en sterk økning i aksept fra 1982 til 1995. Økningen var til og med høyere enn gjennomsnittet i de gruppene som potensielt er de som er mest berørt av mulig feilbruk eller misbruk av dødshjelp, det vil si respondentene som svarte at de hadde "dårlig helse" og de eldre. Økningen i aksept var også sterk blant de gruppene som hadde det mest restriktive utgangspunktet i 1982, det vil si Kristelig Folkepartis velgere, de eldste og folk som oppfattet seg selv som "religiøse".

På 1980- og 1990-tallet har retten til selvbestemt abort vært gjenstand for kontinuerlig og til dels intensivert kritikk, spesielt rundt valgene. De gamle argumentene kom fram på ny. Og nye argumenter hevdet at utviklingen innen prøverørsbefrukning og fosterdiagnostikk hadde endret forutsetningene for framkalt abort. Påstanden er at abort heretter lett kan bli misbrukt som post hoc-prevensjon, og satt på spissen kan den misbrukes til å fremme utvelgelsen av ønskede "designerbabyer". Dermed kan de samlede konsekvensene av de individuelle rettighetene og valgmulighetene, som hver for seg kan tenkes å være legitime, bli uakseptable for samfunnet som helhet (St.meld.nr.16. 1995-1996).

Etter den sterke økningen på 1970-tallet har aksepten av abort holdt seg på samme nivå på 1980-tallet og i første halvdel av 1990-tallet. Men i 1982 og 1995 har man spurt folk om hva slags betingelser det er

Figur 4: Medisinske og sosiale betingelser for aksept av rett til abort. Andelen som mener at begrunnelsen er rimelig, minus andelen som mener den er urimelig. 1982 og 1995. Prosent



Kilde: Verdiundersøkelsen 1982 og SSBs Omnibusundersøkelse 1995

rimelig å stille for at en abort skal være akseptabel. Her tyder svarene på en tendens til en mer tilbakeholdende eller restriktiv forståelse, slik vi ser av figur 4.

Spørsmålet gjentar til dels problematikken fra før vi innførte "selvbestemt abort", ved å stille spørsmålet "aksepterer du eller aksepterer du ikke abort" under fire spesifiserte betingelser. Men svarene er meningsfulle dersom de blir tolket som indikasjoner på under hvilke betingelser bruk av retten til abort anses for å være rettferdig eller riktig.

De to medisinske forutsetningene ("dersom morens helse er i fare" og "dersom det er trolig at barnet vil bli født med fysisk funksjonshemming") ble akseptert som rettferdige grunner av et stort flertall, mens de to sosiale kriteriene ("dersom et gift par ikke vil ha flere barn" og "dersom kvinnen ikke er gift") hadde et lite flertall mot seg både i 1982 og i 1995. Fra 1982 til 1995 har det imidlertid vært en vesentlig

Om tidsserien

Tidsseriens sammenlikning av utviklingen i holdninger til abort og dødshjelp gjennom tre tiår er basert på en "omregning" av de beste tilgjengelige data.

De eldste opinionsdataene om holdningen til abort er fra 1969 og de eldste om holdningen til dødshjelp fra 1982. Valgundersøkelsene har registrert tilslutningen til "fri" eller "selvbestemt" abort ved alle valg fra 1969 til 1997. I de fem undersøkelsene fra 1981 til 1997 varierer tilslutningen til dette alternativet mellom 50 prosent (1985) og 59 prosent (1997), gjennomsnittlig 55 prosent.

Verdiundersøkelsen har spurt om aksepten av abort og dødshjelp i 1982, 1990 og 1996. Omnibusundersøkelsen i 1995 supplerer disse målingene. Aksepten av abort varierer i de fire undersøkelsene fra 1982 til 1996 mellom en gjennomsnittsverdi på 5,0 (1982 og 1990) og en gjennomsnittsverdi på 5,6 (1996), gjennomsnittlig 5,2.

Sammenliknbarheten mellom utviklingen i holdningen til abort og dødshjelp i hele perioden 1969 til 1996, er skapt ved å "omregne" valgundersøkelsens tilslutning til abort i årene 1969 til 1981 til verdiundersøkelsens skala for samme år. De ensartede målene for 1980-årene og 1990-årene gir grunn til å anta at 58 prosent tilslutning til selvbestemt abort i 1981 tilsvarer aksepten på middelverdi 5,2 i 1982. I det skalaen for rettferdiggjøring går fra 1 (aldri) til 10 (alltid) tilsvarer 37 prosent tilslutning til selvbestemt abort i 1977 da til en gjennomsnittsverdi på 3,6, 26 prosent tilslutning til fri abort i 1973 tilsvarer en gjennomsnittsverdi på 2,8 og 16 prosent tilslutning i 1969 tilsvarer en snittverdi på 2,1.

nedgang i hvor akseptabelt det er å ta abort for alle andre kriterier enn "kvinnen er ikke gift", noe som trolig avspeiler en endring i ekteskapsvanene framfor i holdningene til abort. Nedgangen har vært tydeligst for kriteriet "barnet vil sannsynligvis bli funksjonshemmet". Endringene er små, men kan vise en mer restriktiv holdning til å utnytte retten som et middel til selektiv abort (når det gjelder funksjonshemming) og prevensjon (de to sosiale kriteriene).

Medisin i livets grenseområder

I den siste tiden har vi altså sett en økt aksept blant folk for de tidligere dødssyndene abort og dødshjelp som legitime moralske handlinger. Dette faller sammen med en rask utvikling i medisinsk teknologi. Tradisjonelt sett har livets begynnelse og slutt vært begivenheter som har ligget utenfor vår kunnskap og makt og vært overlatt til religion og magi. Senere ble fødsel og død betraktet som eksistensielle begivenheter som var unntatt fra og hevet over den politiske sfæren. Likevel har de siste tiårenes medisinske kunnskap og teknologi også trengt helt inn i unnfangelse, fødsel og død. I dag er ikke bare sykdom, men også ytterkantene i ethvert normalt liv gjenstand for medisinsk diagnose, inngrep og behandling.

Ved livets begynnelse er forbindelsen mellom seksualitet og reproduksjon blitt brutt. Prevensjonsformene og adgangen til abort som ble introdusert på 1960- og 1970-tallet frigjorde seksualiteten fra reproduksjonen, og 1980-årenes prøve-rørsbefruktning har muliggjort reproduksjon uten seksualitet.

Tidspunktet for livets slutt har blitt en realitet som mange nå lever med kunnskap om (Nelkin og Tancredi

1989). I begynnelsen av århundret døde ca. fire av ti i den industrialiserte verden av "akutte sykdommer". I slutten av århundret dør bare ca. 1 prosent av "akutte" og ukjente sykdommer, men nesten åtte av ti dør med kunnskapen om en kronisk sykdom som ikke er den endelige dødsårsaken (Beck 1986). Medisinsk teknologi kan nå både opprettholde livet lenger enn naturens løp ville ha gjort, og avslutte det tidligere enn nødvendig. Både "timen" og kriteriet for døden har blitt forhandlingstemaer.

Teknologi og moral

Den medisinske teknologiens muligheter gir imidlertid ikke alltid også løsninger. Prevensjon ble både anerkjent og videreutviklet på 1960- og 1970-tallet, uten at psykiatriprofessor Ragnar Vogts forventning fra 1939 ble oppfylt: "...anerkjennes prevensjonen, som igjen med tiden kan bli teknisk fullkommen, vil i øvrig spørsmålet om abort skrumpe inn til et ikke lenger synderlig praktisk alternativ" (Vogt 1939, s. 175). De medisinske og tekniske mulighetene ble fulgt av nye sosiale og etiske problemer og uforutsette konsekvenser.

Carl Djerassi, "p-pillens far", har videre pekt på at endrede sosiale normer kunne være en forutsetning for teknologisk nyskaping, i stedet for at nye teknologiske muligheter fører til mer liberale normer. Progesteron, som er hovedsubstansen i pillen, var velkjent og kunne produseres kjemisk allerede i 1930-årene. Men ifølge Djerassi var det "tiden og kvinnene", det vil si kravet om å bestemme over sitt eget liv og sin egen kropp, som gjorde stoffet til et prevensjonsmiddel. "Selv om det hadde vært vitenskapelig mulig 30 år tidligere, ville det ikke blitt gjort, ei heller 30 år frem i tid" (Djerassi 1992).

Endelig er befolkningens økte aksept av såvel abort som dødshjelp del av en generelt større liberalitet og permissivitet i forhold til spørsmål om "privat moral" (Listhaug 1998). En felles bakgrunn finner man også i den medisinske etikkenes nye vektlegging på integritet, autonomi og informert samtykke i løpet av de siste 40-50 årene. Ifølge K.E. Tranøy er selvstyre, integritet og informert samtykke deler av den samme medisinske-etiske "pakken". "Aksepterer vi den ene, aksepterer vi alle, og vi kan ikke si nei til en av dem uten å fornekte de andre to også" (Tranøy 1991, side 33).

Abort og dødshjelp som eksistensielle begivenheter

Den amerikanske liberaleren Ronald Dworkin har karakterisert både abort og dødshjelp som "valg av døden". Som eksistensielle begivenheter ligger de imidlertid i hver sin ende av livsløpet. Innenfor denne likheten er abort "et planlagt drap på et menneskelig embryo under utvikling", mens dødshjelp er "et planlagt drap på et menneske av barmhjertighet" (Dworkin 1993, side 3).

Omfanget av ulovlig dødshjelp blir i dag dels fortidd og undertrykt, på samme måte som abort ble det før det ble legalisert. Den såkalte "Lægekårsundersøkelsen" som Den norske lægeforening gjennomførte blant sine medlemmer i 1995, gir likevel en pekepinn på legenes synspunkter og praksis: 17 prosent av respondentene sa seg enig i at leger bør ha mulighet til "aktivt å avslutte livet til en døende pasient som har store smerter, dersom pasienten selv ber om det", 6 prosent "innrømmet" faktisk å ha vært med på å gi dødshjelp, mens så mange som 76 prosent anga at de minst én gang hadde behandlet pasienter selv om de mente at behandlingen

ikke burde vært gitt. Dødshjelp synes å være mer utbredt enn det som vanligvis blir antatt eller innrømmet, men det er vesentlig og tankevekkende at den medisinske profesjon betrakter kunstig forlengelse av livet som et langt mer presserende spørsmål enn dødshjelp (Førde, Aasland og Falkum 1996).

Den økte aksepten av dødshjelp gjenspeiler delvis det faktum at døden generelt sett har blitt mer synlig og verbalisert som et offentlig tema. Den moderne død er ikke lenger preget av den "usynliggjøring" og "fornektelse" som Philippe Aries fant typisk for den vestlige verden (Aries 1975). Og den kynisk-realistiske kunnskapen som ligger i medisinsk diagnose uten helbredelse, er sannsynligvis en annen generell bakgrunn for økt aksept. Legens diagnose avsier nå ofte "dødsdommen" lenge før "dødstidspunktet". Håp og tro er redusert til statistiske sannsynligheter.

"Dødshjelp" er et enda mer tvetydig fenomen enn "abort". Gråsonene i det praktiske liv er betydelige. Bak retorikken om en verdig død, kan dødshjelp bli feilbrukt og misbrukt for å overvinne mangel på ressurser og omsorg. Bestemmelsene i norsk strafferett, som fremdeles forbyr dødshjelp som "barmhjertighetsdrap", er gamle generaliseringer som ikke tar høyde for moderne medisinsk dødshjelp. Og mulighetene som ligger i ny medisin kan tenkes å viske ut tradisjonelle juridiske skiller og regler som for eksempel "å drepe" i motsetning til "å la dø", "å forlenge" i motsetning til "å forkorte" og "aktiv" i motsetning til "passiv". Det alminnelige betydningsinnhold som knytter seg til dødshjelp, kan dermed meget vel ha endret seg fra legens "aktive" gjerning til den døende personens "passive" aksept, og fra "å forkorte



livet unødig" til "ikke å forlenge livet unaturlig og urimelig".

Antikkens giftbeger, gasskamrene i nazi-Tyskland og det å skru av respiratorene i dagens offentlige sykehus, er så forskjellige fenomener at det er meningsløst å forstå utviklingen bare som nye, mer effektive og smertefrie midler for å nå det samme målet. Framfor en aksept av aktiv dødshjelp i stringent forstand, kan det ha funnet sted en

stille aksept av passiv "hjelp til selvmord". Den offentlige opinion kan dermed ha sluttet seg til de medisinske "ekspertene" i deres overbevisning om "at det noen ganger er riktig å stoppe å gi eller nekte å gi livsforlengende behandling til døende pasienter som lider av en uhelbredelig sykdom" (Ruyter, Nortvedt og Førde 1993). Denne mulige minimumskonsensusen, innenfor allmennheten og mellom allmennheten og de medisinske

"ekspertene", begrunner imidlertid ikke i seg selv en generell legalisering av aktiv dødshjelp.

Abort og dødshjelp som offentlige tjenester

Det essensielle spørsmålet er, sier Ronald Dworkin, hvor langt liberale stater "kan gå i å bestemme et offentlig syn om så dypt personlige overbevisninger". Og en ny bekrefteelse på livets ukrenkelighet er bakgrunnen for Dworkins liberale kritikk av juridisk praksis i amerikanske delstatsdomstoler og i Høyesterett (Dworkin 1996, side 44-50).

Abort og dødshjelp har tvunget livets ukrenkelighet og politikkenes legitime grenser inn på den politiske dagsorden på en ny og grunnleggende måte. Likevel står velferdsstater som Norge, som har medisinske tjenester som personlige rettigheter, og som har gjennomføringen og kostnadene ved dette som offentlige tjenester, også overfor et annet og nytt problem.

Private og moralske spørsmål som abort og dødshjelp blir ofte behandlet mer liberalt i de europeiske velferdsstatene enn i USA. Men velferdsstatene gir ikke bare individene den (liberale) rett til å velge og bestemme selv. De tilbyr også de valgte handlingene som offentlige tjenester – særlig i det offentlige sykehusvesenet. Og velferdsstatene er videre ansvarlige for informasjon, slik at samtykke kan gis – ikke minst gjennom den medisinske profesjonen. Velferdsstatene begrunner dermed indirekte individenes valg og definerer delvis "normalitet" – ikke minst gjennom en "gratis" offentlig finansiering av tjenestene.

Konsekvensene av at medisinske tjenester blir individuelle rettigheter som staten skal tilby, kan imidlertid vise seg å bli et utilsiktet og

uforutsett dilemma (Hviid Nielsen 1999). Den tyske sosiologen Ulrich Beck har framstilt den mulige konsekvensen av nye reproduksjonsteknikker som å muliggjøre "eugenisk praksis uten eugenikk ... I laboratoriets abstrakthet ... er det mulig å forskyve grensene mellom liv og død vilkårlig langt ..." (Beck 1995, side 97f). Slike scenarier for det verst tenkelige kan være på sin plass. Likevel er det tre fundamentale forskjeller mellom "planstatene" på 1930-tallet og velferdsstatene på 1990-tallet som ikke bør overses.

De totalitære planstatenes inngrep var ønsket og intendert politikk, mens velferdsstatene står overfor dilemmaer forårsaket av samlede og utilsiktede konsekvenser. Planstatene understøttet sine løsninger med makt, mens velferdsstatenes dilemmaer er konsekvenser av individets rettigheter og valg, som hver betraktes som legitime og formidles av informasjon og teknologi. Og planstatenes "løsninger" siktet mot etniske grupper eller samfunn som ble betraktet som mindreverdige, mens konsekvensene for velferdsstatene først og fremst kan berøre (potensielle) individer som betraktes som unormale eller defekte.

Den langsiktige økningen i aksepten av abort og dødshjelp (figur 1), og det nye og mer restriktive synet på den rettferdige bruken av disse (figur 4), faller sammen i tid. Dette kan avspeile og uttrykke befolkningens bevissthet omkring dette dilemmaet. Befolkningen skiller det politisk-juridiske spørsmålet om "hva som bør tillates" fra de moralsk-etiske spørsmålene om hva som er "rett eller galt" for individene. Dette skillet muliggjør balansen mellom ønsket om å opprettholde retten, og reservasjonen mot den

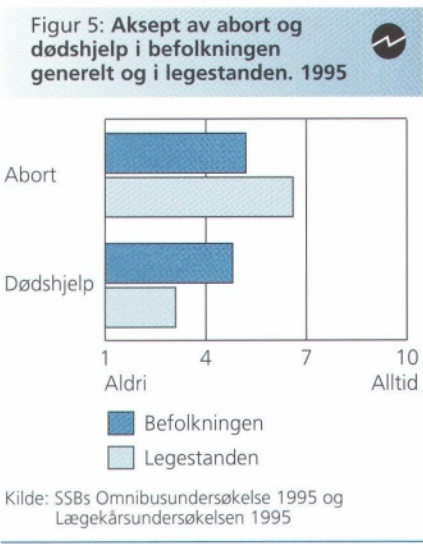
rettferdige eller riktige bruken av den.

Loven, yrkesetikk og offentlig moral

I tillegg til sine ideelle formål gir regler for yrkesetikk alltid også en viss beskyttelse av de aktuelle yrkesgruppene. Forbudet mot provoserende aborter og det å gi "et dødbringende stoff til en person selv om jeg blir bedt om det" i den hippokratiske ed garanterer legene retten til å nekte, like mye som det beskytter pasientene mot misbruk. Edens ordlyd beskytter legene like mye som pasientene.

Men legene i velferdsstatene er likevel ikke bare fagfolk. De er også "offentlige tjenestemenn" som yter de tjenester som staten garanterer og gjør tilgjengelig for publikum. Deres legeetikk kan ikke bare uttrykke profesjonens interesser eller legitimere medlemmenes individuelle samvittighet. Legeetikken er blitt innleiret i en juridisk og politisk ramme.

Figur 5 viser at legeprofesjonen i Norge er markant mer liberal og permissiv i forhold til abort



(gjennomsnittsverdi +28 prosent), og markant mer reservert og restriktiv til dødshjelp (gjennomsnittsverdi -35 prosent) enn befolkningen ellers.

Legeprofesjonen er enda mer liberal enn befolkningen når det gjelder den legale adgangen til abort, og enda mer restriktiv enn befolkningen når det gjelder dødshjelp, som fremdeles er ulovlig. Denne holdningsforskjellen samsvarer med en forskjell i den offentlige debatt. Legeene var en viktig alliert i kampen for selvbestemt abort. I dag er de innflytelsesrike talsmenn mot en generell legalisering av dødshjelp. Denne forskjellen i holdninger kan være begrunnet i forskjellen mellom abort og dødshjelp – som eksistensielle begivenheter, som medisinske fenomener og som politiske spørsmål.

Litteratur

Aries, Philippe (1975): *Essais sur l'Histoire de la mort en Occident du Moyen*, Edition du Seuil, Paris.

Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Beck, Ulrich (1995): *The Eugenics of the Future. In Ecological Enlightenment*, Humanities Press, New Jersey, 97.

Djerassi, Carl (1992): *The Pill, Pygmy Chimps, and Degas' Horse*, New York: Basic Books.

Dworkin, Ronald (1993): *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Euthanasia*, Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press.

Dworkin, Ronald (1996): *Sex, Death, and the Courts*, The New York Review of Books. Aug. 8, 1996.

Førde, Reidun, Olaf Gjerløw Aasland og Erik Falkum (1996): *The ethics of euthanasia – attitudes and practice among Norwegian physicians*, Oppgave, Den norske lægeforening.

Førde, Reidun, Olaf Gjerløw Aasland og Torben Hviid Nielsen (1996): Medisinsk avslutning av liv, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 1997: 117/1135-7.

Hviid Nielsen, Torben (1999): "Fra planstat til statsliberalt dilemma. En kommentar til debatten om abort og dødshjelp som eugenikk" i Eva Simonsen og Birgit Kirkebæk (red): *Etikk, genetikk og spesialpedagogikk*, Pp. 21-30, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Listhaug, Ola (1998): Norske verdier og holdninger 1982-1996: Sentrale verdier endrer seg sakte, *Samfunnsspeilet*, 1998, 1.

Nelkin, Dorothy og Laurence Tancredi (1989): *Dangerous Diagnostics. The Social Power of Biological Information*, New York: Basic Books.

Ruyter, Knut W., Per Nortvedt og Reidun Førde (1993): Aktiv dødshjelp – en medisinsk oppgave? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 2/1993:129-143.

Statistisk sentralbyrå (1995): *Omnibus mars 1995*, Dokumentasjonsrapport.

St. meld. nr. 16 (1995-96): *Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.* Sosial- og helsedepartementet.

Tranøy, K. E. (1991): *Medisinsk etikk i vår tid*, Bergen: Sigma Forlag.

Vogt, Ragnar (1939): *Etiske problemer. Både – og! Annen utgave*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Oversatt fra engelsk av Maia Loftesnes.

Torben Hviid Nielsen
er professor ved Senter for teknologi, innovasjon og kultur, Universitetet i Oslo.