

OPINION

”ASSISTERAT DÖENDE”

Kontakt: Aud Sjökvist

Kontakt på Novus: Viktor Wemminge

Datum: 27 mars 2025


Mitt Liv - Min Död
RTVD · RÄTTEN TILL EN VÄRDIG DÖD

**NOVUS**

BAKGRUND OCH GENOMFÖRANDE

BAKGRUND

Undersökningen har genomförts av Novus på uppdrag av Riksföreningen Rätten Till Vår Död. Syftet med undersökningen är att undersöka målgruppens inställning till assisterad dödshjälp.

RESULTAT

Resultaten levereras i en diagramrapport. Markerade signifikanta skillnader i rapporten (t.ex. kön, ålder och region) är i jämförelse mot totalen. *En signifikant skillnad innebär att ett värde i en undergrupp, t.ex. kön, avviker från totalvärdet i så stor utsträckning att det inte kan ses som slumpmässigt.*

Resultatet för allmänheten är efterstratifierat, dvs. i efterhand viktat mot kända populationstal i syfte att korrigera eventuella skevheter i stickprovet jämfört med målpopulationen.

GENOMFÖRANDE

Undersökningen är genomförd via webbintervjuer i Novus slumpmässigt rekryterade Sverigepanel, vilket garanterar representativa resultat. Detta innebär att resultaten är generaliserbara till den aktuella målpopulationen.

För målgruppen vårdpersonal har rätt yrkesgrupper sökts fram i Novus Sverigepanel genom att ställa frågor om deras yrke.

MÅLGRUPPER

- ✓ Allmänheten 18-84 år
- ✓ Vårdpersonal i undersökningen inkluderar legitimerad läkare, specialistläkare, sjuksköterskor samt undersköterskor.

FELMARGINAL

Felmarginalen är ett mått på osäkerheten i en skattning av en parameter. Felmarginalens storlek beror på andelen som svarar samt antalet intervjuer som har genomförts. Nedan ses exempel på felmarginaler vid olika utfall i undersökningen:

Vid 1 000 intervjuer:
Vid utfall 20/80: +/- 2,5%
Vid utfall 50/50: +/- 3,1%

Vid 500 intervjuer:
Vid utfall 20/80: +/- 3,5%
Vid utfall 50/50: +/- 4,4%



KORT SAMMANFATTNING

Inför undersökningen visades en förklaring/definition kring vad som menades med "assisterat döende", samt vilka riktlinjer/avgränser som finns kopplat till "assisterat döende".

ALLMÄNHETEN

- Åtta av tio (79%) bland allmänheten tycker att assisterat döende ska bli möjligt.
- Tre av fyra (76%) bland allmänheten anser att en utredning om legaliserad dödshjälp bör tillsättas.
- Nära varannan (48%) svensk skulle kunna tänka sig att själva utnyttja dödshjälp. Var tredje osäker (36%).

VÅRDPERSONAL

- Bland vårdpersonal totalt ser vi likvärdigt resultat som för allmänheten när det gäller möjligheten till att assisterat döende ska vara möjligt, dvs. åtta av tio tycker det ska vara möjligt (79%). Däremot ser vi att bland läkare är andelen signifikant lägre (64%).
- Nära varannan vårdpersonal skulle kunna tänka sig att själva utnyttja dödshjälp, dvs. i nivå med allmänheten i stort. Dock ser vi tydlig skillnad mellan läkare och sköterskor, där läkare i klart lägre grad skulle kunna tänka sig det (36%). Sköterskor skulle däremot i högre grad kunna tänka sig att själva utnyttja dödshjälp (57%), vilket även är i högre grad jämfört med allmänheten.
- Nära sex av tio (57%) som jobbar som vårdpersonal skulle kunna tänka sig att medverka vid assisterat döende om det bli tillåtet. Lägre andel läkare än sköterskor kan tänka sig att medverka (42% vs. 60%).
- Drygt sex av tio (63%) som jobbar som vårdpersonal anser att assisterat döende är förenligt med läkaretiken. Färre läkare anser det är förenligt med god läkaretik (55%).

RESULTAT

Förklaring i undersökningen, innan första frågan ställdes:

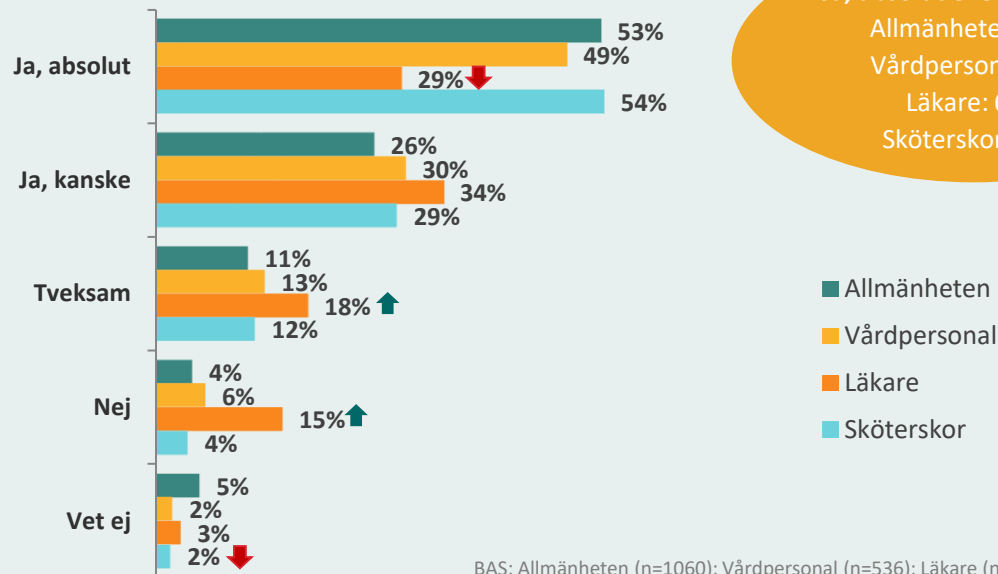
Utgångspunkten för den mest begränsade form av dödshjälp, assisterat döende, är att de som skulle komma ifråga är människor med obotlig sjukdom, som lider av svår smärta och där döden är nära förestående. Dessutom gäller;

- Det är personens egen begäran om hjälp som ska gälla.*
- Personen måste också vara vid sina sinnens fulla bruk. En noggrann medicinsk och psykologisk utredning om personens tillstånd ska göras.*

Om utredningen visar att de nämnda villkoren är uppfyllda ska assistansen bestå i att personen med sjukvårdens hjälp själv får avsluta livet.

Nära åtta av tio bland allmänheten tycker att assisterat dödande ska bli möjligt

FRÅGA: Anser du att assisterat dödande skall bli möjligt för människor som uppfyller villkoren ovan?



Ja, absolut eller Ja, kanske

Allmänheten: 79%

Vårdpersonal: 79%

Läkare: 64%

Sköterskor: 82%

BAS: Allmänheten (n=1060); Vårdpersonal (n=536); Läkare (n=99); Sköterskor (n=437)

Signifikanta skillnader mot totalen.

Följande undergrupper svarar i högre grad:

ALLMÄNHET

NETTO: Ja (79%)

- Kvinna, 35-49 år (88%)
- Hushållsinkomst: 800k- (86%)
- Partisympati: M (88%)

Ja, absolut (53%)

- Ålder: 35-49 år (60%)
- Kvinna, 35-49 år (62%)
- Partisympati: SD (64%)

Nej (4%)

- Kvinna, 50-64 år (10%)



I denna rapport presenteras signifikanta skillnader med pilar, om resultatet för en undergrupp är signifikant högre eller lägre än totalen.

Motiveringar till möjligheten till assisterat döende

FRÅGA: Beskriv kortfattat varför du tycker så.
Öppen fråga

Många anser att varje människa bör ha rätt till **självbestämmande** över sitt liv och sin död, särskilt vid obotlig sjukdom och lidande. Ett återkommande tema är också att det handlar om att **förkorta ett smärtsamt eller ovärdigt lidande** – både för individen och för anhöriga. Flera uttrycker att alla bör ha rätt till ett **värdigt avslut på livet**, några jämför med den behandling vi ger våra husdjur vid lidande.

Att tillåta assisterat döende beskrivs ofta som ett **mer humant alternativ** än att tvinga någon att leva i smärta. Många ser behovet av noggranna regler, psykologisk utvärdering och frivillighet. **Det ska vara svårt att få – men möjligheten ska finnas.**

Se Excelfil för samtliga öppna svar.



”Anser att man själv skall få bestämma över sitt liv.”

”Det bör vara den döendes val om den är vid sina sinnesfulla bruk.”

”Beroende på sjukdom och mängd lidande som den sjuke upplever.”

”Det finns sjukdomar och/eller tillstånd där utgången är klar samt mycket smärtsamt, både fysiskt och mentalt.”

”Egentligen är det rätt, men svårt att skapa ett fungerande system för detta.”

”En del får inga värdiga slut på sina liv. En del hålls levande enbart med livsuppehållande hjälpmedel. Där borde finnas hjälp om personen önskar det.”

”Finns ingen anledning att förlänga plågan för en obotligt sjuk människa som önskar dö.”

BAS: De som tycker assisterat döende ska bli möjligt och har besvarat frågan (n=784)

Vårdpersonal om assisterat döende

FRÅGA: Du svarade att du anser att assisterat döende borde bli möjligt för människor som uppfyller de villkor som ges. Beskriv kortfattat varför du tycker så. *Öppen fråga*

Många anser att varje människa har rätt att bestämma över sitt eget liv, även när det gäller livets slut. **Självbestämmande**, eller autonomi, lyfts fram som en grundläggande mänsklig rättighet. Det ses som inhumant att tvingas leva vidare med ett **stort och utdraget lidande**, särskilt vid **obotliga sjukdomar** som exempelvis ALS eller terminal cancer. Många jämför också med hur vi behandlar djur – där vi tillåter avlivning för att förhindra lidande – och menar att människor borde ha samma möjlighet. Det handlar om **att få dö med värdighet**, i närvaro av sina nära. Vårdpersonal lyfter hur ofta de ser människor lida i livets slutskede och uttrycker en önskan om att kunna hjälpa patienter avsluta livet på ett **humant och kontrollerat sätt när inget hopp om bättring finns**.

”Det blir ett tryggare och mer kontrollerat döende.”

”Det är rimligt att få hjälp att minska onödigt lidande. Det är ett humanare sätt att få dö på när döden ändå är nära förestående.”

”Autonomin är viktig.”

Se Excelfil för samtliga öppna svar.

BAS: De som tycker assisterat döende ska bli möjligt och har besvarat frågan (n=401)

FRÅGA: Du svarade att du är tveksam eller inte anser att assisterat döende borde bli möjligt för människor som uppfyller de villkor som ges. Beskriv kortfattat varför du tycker så. *Öppen fråga*

De vanligaste invändningarna som vårdpersonalen uttrycker mot assisterad dödshjälp rör **etiska, moraliska och praktiska svårigheter**. Många anser att **vårdens uppgift är att lindra, trösta och bota** – inte att avsluta liv – och att det strider mot läkaretiken och principen att inte skada. Flera uttrycker oro för att **beslutet kan påverkas av skuld, press från anhöriga eller psykisk ohälsa**, och att **önskan att dö kan förändras över tid**. Det finns också rädsla för ett "sluttande plan", där kriterierna för dödshjälp gradvis skulle vidgas, samt för att **förtroendet för vården** skulle minska. Många tycker att fokus istället bör ligga på att utveckla palliativ vård och symptomlindring, som redan kan erbjuda ett värdigt avslut.

”Etisk fråga, människor kan bli manipulerad, tillit till vårdpersonal mm.”

”Det finns inget behov av en sådan möjlighet enligt min erfarenhet.”

”Det går inte att göra en bedömning som är giltig för alltid framöver, och att det finns exv smärtlindrande tekniker som skall användas fullt ut..”

BAS: De som är tveksamma eller inte tycker assisterat döende ska bli möjligt och har besvarat frågan (n=90)

Tre av fyra anser att en utredning om legaliserad dödshjälp bör tillsättas

FRÅGA: Anser du att en parlamentarisk utredning om möjlighet till legaliserad dödshjälp bör tillsättas?

Signifikanta skillnader mot totalen. Följande undergrupper svarar i högre grad:

NETTO: JA (76%)

- Kvinna, 35-49 år (85%)
- Hushållsinkomst: 500k-799k (83%)
- Partisympati: M (83%)

Nej (5%)

- Kvinna, 50-64 år (10%)
- Skulle inte kunna tänka sig att själv utnyttja dödshjälp (25%)

Ja, absolut (49%)

- Partisympati: SD (56%)

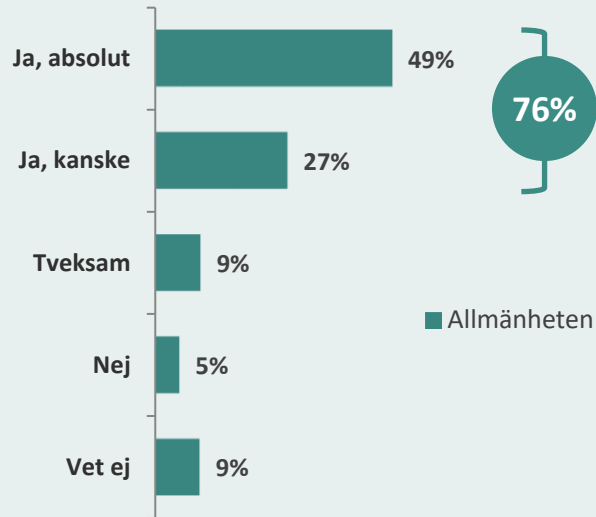
Vet ej (9%)

- Ålder: 18-34 år (15%)
- Bor i mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner (16%)
- Bor i Östra Sverige (15%)

Förklaring i undersökningen, i samband med frågan:

Statens medicinsk-etiska råd, Smer, har gett ut rapporter om dödshjälp (Smer 2017:2 och 2024:4), där det tydliggörs vad som är faktabaserade ståndpunkter i debatten och vad som är åsikter grundade i värderingar. "Dödshjälp" är samlingsnamnet för åtgärder i vården där en patient får en dödlig dos medicin.

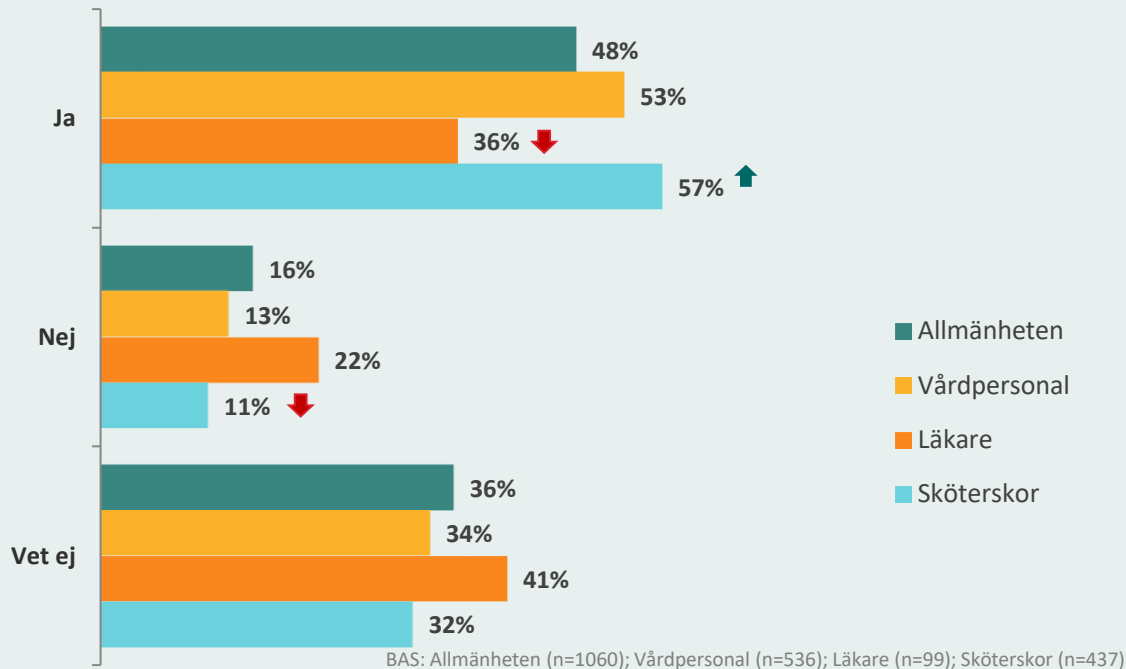
- Utför patienten själv handlingen kallas det assisterat döende.
- Görs det av en läkare kallas det eutanasi.
- Att avstå från livsuppehållande behandling är enligt Smer inte dödshjälp.



BAS: Totalt (n=1060)

Nära varannan svensk skulle kunna tänka sig att själva utnyttja dödshjälp

FRÅGA: Skulle du kunna tänka dig att själv utnyttja dödshjälp?



Signifikanta skillnader mot totalen.
Följande undergrupper svarar i högre grad:

ALLMÄNHET

Ja (48%)

- Ålder: 50-64 år (55%)
- Man, 50-64 år (61%)
- Partisympati: SD (59%)
- NETTO: Ja, anser att assisterat döende skall bli möjligt (60%)

Nej (16%)

- Ålder: 18-34 år (24%)
- Bor i Östra Sverige (22%)
- Tveksam till att assisterat döende skall bli möjligt (41%)

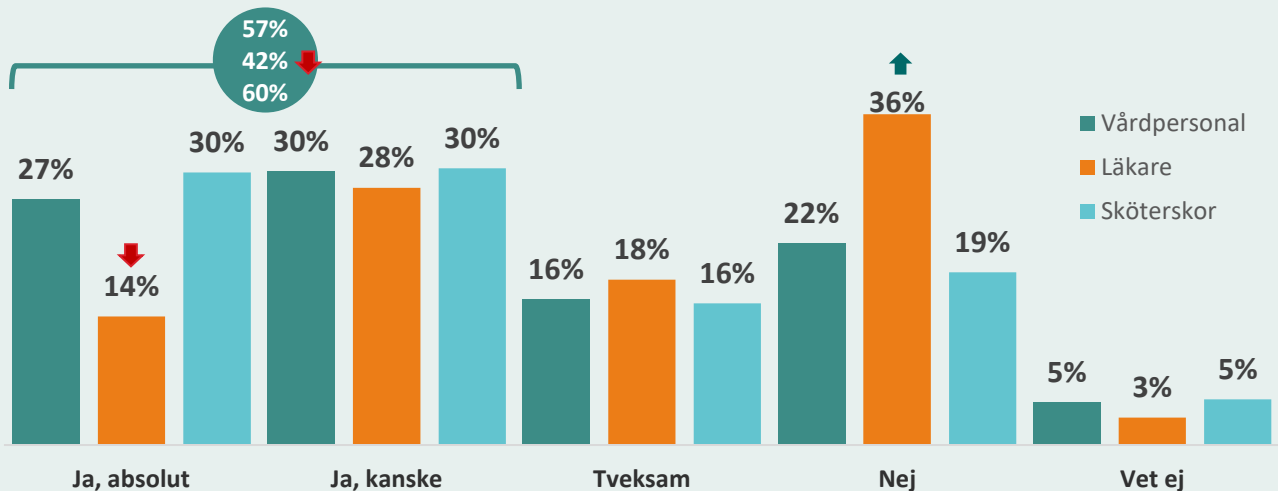
FRÅGOR

VÅRDPERSONAL



Nära sex av tio som jobbar som vårdpersonal skulle kunna tänka sig att medverka vid assisterat döende om det blir tillåtet

FRÅGA: Skulle du kunna tänka dig att medverka vid assisterat döende om det blir tillåtet i Sverige?



BAS: Vårdpersonal (n=536); Läkare (n=99); Sköterskor (n=437)

Signifikanta skillnader mot total vårdpersonal.

Följande undergrupper svarar i högre grad:

VÅRDPERSONAL

Netto: Ja (57%)

- NETTO: Ja, anser att assisterat döende skall bli möjligt (71%)
- NETTO: Ja, anser att assisterat döende är förenligt med läkaretiken (79%)
- Skulle kunna tänka sig att själv utnyttja dödshjälp (79%)

Ja, absolut eller Ja, kanske

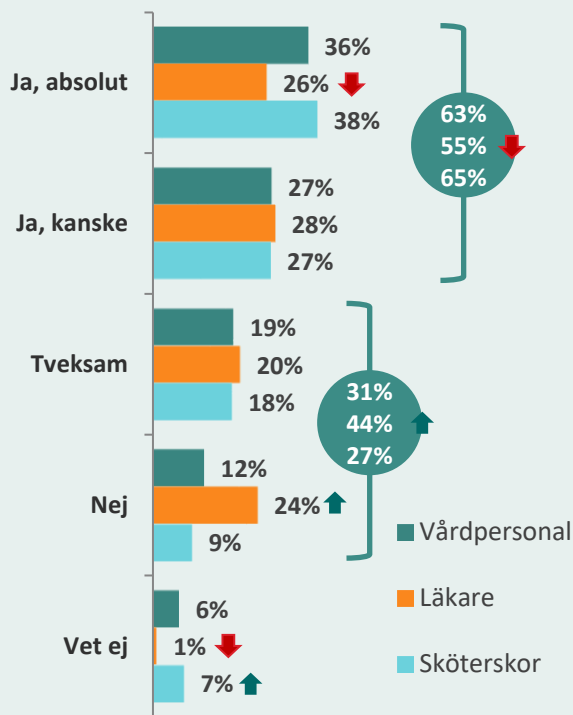
Vårdpersonal totalt: 57%

Läkare: 42%

Sköterskor: 60%

Drygt sex av tio som jobbar som vårdpersonal anser att assisterat döende är förenligt med läkaretiken

FRÅGA: Anser du att assisterat döende är förenligt med läkaretiken?



BAS: Vårdpersonal (n=536); Läkare (n=99); Sköterskor (n=437)

Signifikanta skillnader mot total vårdpersonal.

Följande undergrupper svarar i högre grad:

ALLMÄNHET

Netto: Ja (63%)

- NETTO: Ja, anser att assisterat döende skall bli möjligt (78%)
- Skulle kunna tänka sig att medverka vid assisterat döende (88%)
- Skulle kunna tänka sig att själv utnyttja dödshjälp (84%)

Nej (12%)

- Kön: Man (20%)
- Skulle inte kunna tänka sig att medverka vid assisterat döende (44%)

Ja, absolut eller Ja, kanske
Vårdpersonal totalt 63%
Läkare: 55%
Sköterskor: 65%

BAKGRUNDS- INFORMATION

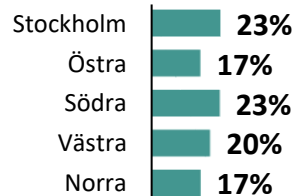


BAKGRUND - ALLMÄNHETEN

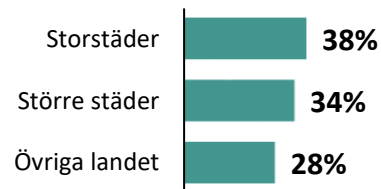
KÖN



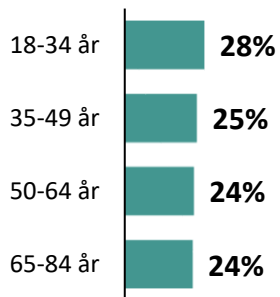
REGION



ORT



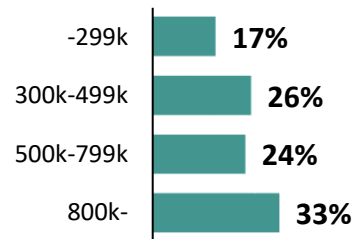
ÅLDER



UTBILDNING



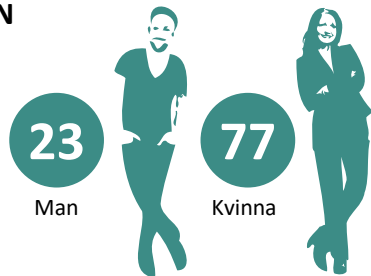
HUSHÅLLSINKOMST



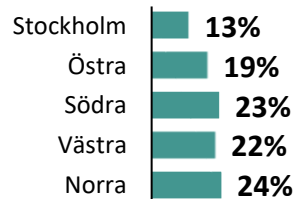
BAS: Total (n=1060)

BAKGRUND - VÅRDPERSONAL

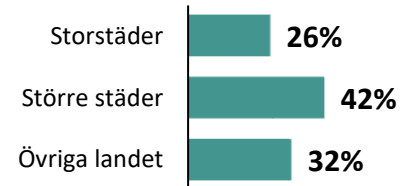
KÖN



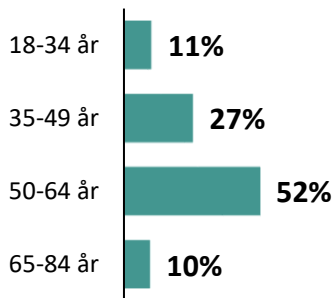
REGION



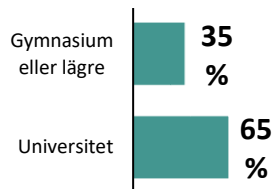
ORT



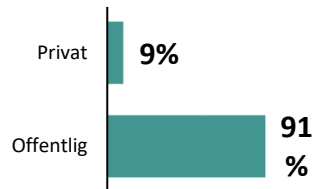
ÅLDER



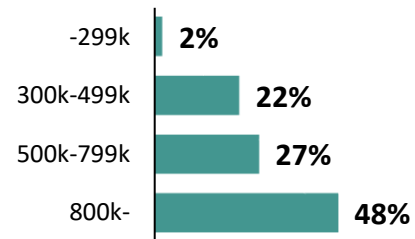
UTBILDNING



SEKTOR



HUSHÅLLSINKOMST



BAS: Total (n=536)

KONTAKT NOVUS



TILLFÖRLITLIGA UNDERSÖKNINGAR KRÄVER TILLFÖRLITLIGA METODER



Vi använder oss endast av vetenskapligt beprövade metoder för våra undersökningar.

OM NOVUS UNDERSÖKNINGAR



PUBLICERINGSREGLER



Novus varumärke är en garant för att en undersökning har gått rätt till och att slutsatserna kring densamma är korrekta utifrån målet med undersökningen.

Enligt internationella branschregler (ESOMAR) är Novus som undersökningsföretag ansvariga för att våra undersökningar tolkas rätt vid första publicering.

ESOMAR²⁵
Corporate

För att säkerställa att våra undersökningar presenteras på ett korrekt sätt ber vi alltid att få se den text som skrivs med syfte att publiceras där Novus undersökningar omnämns.

Novus förbehåller sig rätten att korrigera felaktiga siffror och tolkningar som har publicerats.



**Novus är via moderbolaget
Gallup Nordic Sveriges
representant för Gallup
International.**

 **NOVUS**


GALLUP

Sveavägen 59, 113 59 Stockholm

Tel +46 (0)8 128 196 00

Mail: info@novus.se

BEGREPPSFÖRKLARING

I Novus rapporter redovisar vi ofta skillnader mellan olika värden, något vi kallar för statistiskt säkerställda skillnader, statistiska signifikanser eller att något "inte är inom felmarginalen".

Konfidensgrad

Novus standard är 95% konfidensgrad, vilket innebär att det sanna värdet för populationen med 95% sannolikhet ligger inom det intervall som ges av stickprovets värde +/- felmarginalen. Att använda 95% konfidensgrad motsvarar en signifikansnivå på 5%.

Vad är en felmarginal?

Felmarginalen är ett mått på osäkerheten i en skattning av en parameter. Exempelvis blir felmarginalen vid ett stickprov på 1000 individer, på 5% signifikansnivå, för följande utfall:
20/80: +/- **2,5%**
50/50: +/- **3,1%**

Är det statistiskt säkerställt?

Om en skillnad är större än felmarginalen är skillnaden statistiskt säkerställd. En statistiskt säkerställd skillnad mellan två olika värden innebär att det är en skillnad som troligen inte enbart kan förklaras av slumpen. Det som är säkerställt är således att det finns en skillnad, inte själva storleken.

KORT OM NOVUS

KOMMUNGRUPPSINDELNING

I rapporten redovisas signifikanta skillnader för tre huvudgrupper av kommuner; storstäder och storstadsnära kommuner, större städer och kommuner nära större stad samt mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner. Novus använder SKR:s kommungruppsindelning från 2023.

A. STORSTÄDER OCH STORSTADSNÄRA KOMMUNER

- A1. Storstäder - kommuner med minst 200 000 invånare i den största tätorten.
- A2. Pendlingskommun nära storstad – kommuner med minst 40% utpendling till arbete i en storstad eller storstadsnära kommun.




B. STÖRRE STÄDER OCH KOMMUNER NÄRA STÖRRE STAD

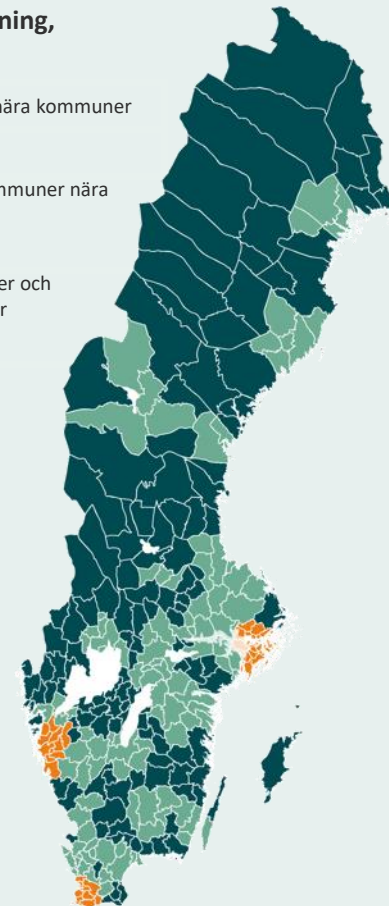
- B3. Större stad - kommuner med minst 50 000 invånare varav minst 40 000 invånare i den största tätorten.
- B4. Pendlingskommun nära större stad - kommuner med minst 40% utpendling till arbete i en större stad.
- B5. Lågpendlingskommun nära större stad – kommuner med mindre än 40% utpendling till arbete i en större stad.

C. MINDRE STÄDER/TÄTORTER OCH LANDSBYGDSKOMMUNER

- C6. Mindre stad/tätort - kommuner med minst 15 000 men mindre än 40 000 invånare i den största tätorten.
- C7. Pendlingskommun nära mindre stad/tätort - kommuner med minst 30% ut- eller inpendling till mindre ort.
- C8. Landsbygdskommun - kommuner med mindre än 15 000 invånare i den största tätorten, lågt pendlingsmönster (mindre än 30%).
- C9. Landsbygdskommun med besöksnäring - landsbygdskommun med minst två kriterier för besöksnäring, det vill säga antal gästnätter, omsättning inom detaljhandel/ hotell/ restaurang i förhållande till invånarantalet.

Kommungruppsindelning, huvudgrupper

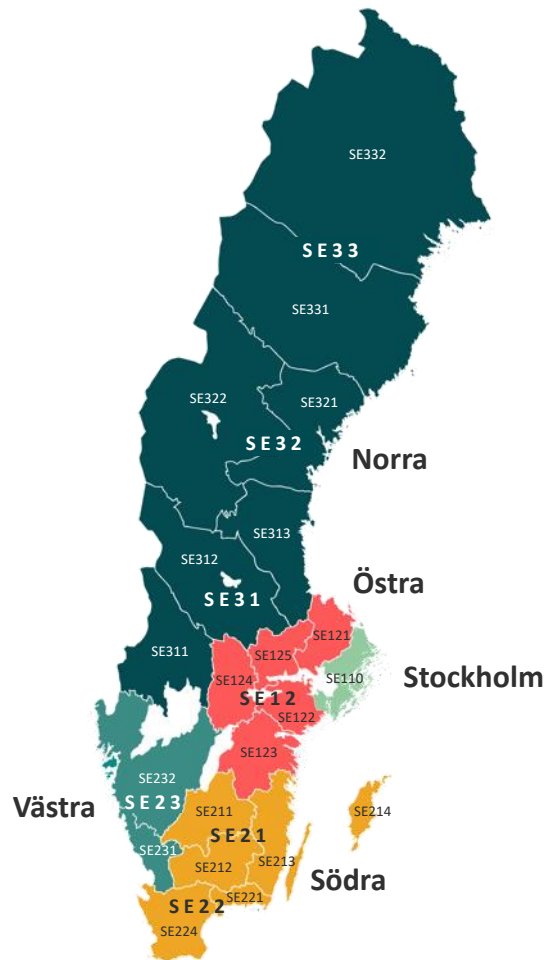
-  Storstäder och stadsnära kommuner
-  Större städer och kommuner nära större stad
-  Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner



NOVUS SVERIGEPANEL : STANDARD FÖR REGIONER

Fr.o.m 1 januari 2023

5 regioner	Andel
Stockholm SE11 Stockholm	23,2%
Östra SE12 Östra Mellansverige	16,7%
Södra SE22 Sydsverige SE21 Småland med öarna	23,2%
Västra SE23 Västsverige	20,0%
Norra SE32 Mellersta Norrland SE33 Övre Norrland SE31 Norra Mellansverige	16,9%



KORT OM NOVUS SVERIGEPANEL

Novus Sverigepanel består av ungefär 50 000 paneldeltagare. Panelen är slumpmässigt rekryterad (man kan inte anmäla sig själv för att tjäna pengar eller för att man vill påverka opinionen) och är riksrepresentativ avseende ålder, kön och region i åldersspannet 18–84 år. Eventuella skevheter i panelstruktur avhjälpas genom att ett riksrepresentativt urval dras från panelen samt av att resultatet vikts.

Vi vårdar vår panel väl genom så kallad panelmanagement. Det innebär bland annat att vi ser till att man inte kan delta i för många undersökningar under en kort period, inte heller i flera liknande undersökningar. Vi har också ett system för belöningar till panelen.

Fråga gärna efter mer information kring vårt panelmanagement!

Undersökningsgenomförande

Ett urval ur panelen dras. Dessa får en inbjudan till undersökningen via e-post. Inbjudan innehåller information om hur lång tid undersökningen tar att besvara, sista svarsdatum samt en länk som man klickar på för att komma till frågeformuläret. Man kan besvara alla frågor på en gång alternativt göra paus och gå tillbaka till frågeformuläret vid ett senare tillfälle.

När datainsamlingen är klar påbörjas databearbetningen. Därefter produceras tabeller och en rapport sammanställs.



KORT OM KVALITET I WEBBPANELER

Novus Sverigepanel håller hög kvalitet. Vi genomför kontinuerligt kvalitetskontroller och valideringar av både panelen och de svar som paneldeltagarna ger.

I jämförande studier har vi konstaterat att panelmedlemmarna i Novus panel ägnar tillräckligt med tid på sig för att svara på frågor noggrant och att det också finns en logik i svaren (exempel: om man tycker om både glass och choklad, då tycker man också om chokladglass). I andra paneler, bl.a. de som är självrekryterade ser vi inte denna logik i samma utsträckning.

En öppen panel stimulerar även proffstyckare som är ute efter att påverka och/eller respondenter som främst prioriterar belöning. Undersökningsföretagen ska mäta, inte påverka.

Novus panelmedlemmar besvarar i genomsnitt 12 undersökningar per år, vilket är betydligt färre undersökningar än i många andra paneler. Novus använder även karantänsregler så en panelmedlem som lärt sig något i en tidigare undersökning inte sedan får en uppföljande undersökning i samma ämne.

Några viktiga checkpoints när man genomför webbundersökningar i paneler:

- Panelen ska vara slumpmässigt rekryterad för att kunna leverera resultat som är riksrepresentativa
- Undersökningsföretaget ska för varje enskild undersökning bjuda in ett slumpmässigt urval.
- Panelmedlemmarna ska inte få för många undersökningar eller liknande undersökningar.
- Panelen ska skötas med ett bra panelmanagement avseende panelsupport, belöningar, validering av svar osv.
- Tid för fältarbetet (genomförandet av intervjuer) ska alltid redovisas och helst innehålla både vardagar och helgdagar.