

# NOBAS – Norwegian Bioethics Attitude Survey

*Rapport 2015 – utkast 20.4.16*

NOBAS (Norwegian Bioethics Attitude Survey) er et nytt prosjekt som utgår fra Universitetet i Oslo og Norges Handelshøyskole. Her undersøkes befolkningens holdninger til bioetiske/medisinsk-etiske spørsmål. Resultater fra undersøkelsens første runde, utført i juni 2015, presenteres her.

NOBAS-prosjektet har tre formål:

1. Å undersøke befolkningens holdninger i viktige bioetiske spørsmål
2. Å studere holdningsendringer over tid
3. Å utforske spørsmål knyttet til spørreskjemametodologi

Prosjektet har vært drevet av forsker Morten Magelssen og professor Per Nortvedt fra Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, og professor Magne Supphellen fra Norges Handelshøyskole. Til utforming og analyse av årets undersøkelse har også ytterligere eksperter i medisinsk etikk bidratt.

NOBAS-prosjektets finansiering kommer fra ideelle organisasjoner som er opptatt av tematikken som studeres i prosjektet. 2015-utgaven av NOBAS-undersøkelsen har fått økonomiske bidrag fra (i alfabetisk rekkefølge):

- Foreningen Retten til en verdig død
- Indremisjonsforbundet
- Menneskeverd
- Normisjon

Disse finansørene har ikke hatt innflytelse på utformingen av spørreskjemaet, metodologi eller analyse av resultatene. For ordens skyld nevner vi like fullt at Magelssen og Supphellen er knyttet til organisasjonen Menneskeverd som privatpersoner, henholdsvis som leder av faglig-etisk utvalg og som styremedlem.

Funnene rapporteres primært i vitenskapelige artikler på engelsk, mens denne rapporten oppsummerer de viktigste funnene og kommenterer disse kort. Undersøkelsen i 2015 hadde aktiv dødshjelp og fosterdiagnostikk som hovedtema, men inneholdt også spørsmålsett om assistert befruktning og abort. Siden funnene om holdninger til fosterdiagnostikk ennå ikke er publisert vitenskapelig, omtales disse ikke nærmere her. Senere årganger vil ta opp andre tema.

Oslo/Bergen, 20.4.2016

Morten Magelssen, Magne Supphellen og Per Nortvedt

## NOBAS-undersøkelsen 2015

Spørreskjemaet ble distribuert via internett av Respons Analyses i juni 2015. Respondentene ble rekruttert fra Respons Analyses nasjonalt representative web-panel i fire påfølgende omganger inntil ønsket antall besvarelser var nådd. I de siste omgangene ble respondentene valgt ut fra hensyn til balansert demografisk sammensetning av panelet. Totalt ble 22.660 respondenter over 16 år invitert og informert om undersøkelsen via epost. Deltakelse var frivillig og alle svar anonyme. For at svarene skulle bli registrert måtte samtlige spørsmål i spørreskjemaet besvares. 3.050 utfylte spørreskjema ble registrert, hvilket gir en responsrate på 13,5 %. 101 respondenter påbegynte spørreskjemaet uten å fullføre det, og data fra disse har ikke blitt inkludert i analysene. Alle analyser ble foretatt etter vekting av dataene for bedre å gjenspeile befolkningens demografi (se tabell 1).

**Tabell 1.** Respondentenes demografiske karakteristika

		<b>N (uvektet)</b>	<b>% (uvektet)</b>	<b>% (vektet)</b>
Kjønn	Kvinne	1480	48.5	50.4
	Mann	1570	51.5	49.6
Alder	16-24	129	4.2	14.9
	25-34	443	14.5	16.3
	35-44	582	19.1	18.7
	45-54	642	21.0	17.1
	55+	1254	41.1	33.1
Utdanningsnivå	Grunnskole	133	4.4	5.0
	Videregående skole	756	24.8	26.4
	Høyere utdanning ≤3 år	858	28.1	28.7
	Høyere utdanning >3 år	1275	41.8	38.9
	Ubesvart	28	0.9	0.9
Livssyn	Ikke troende	1482	48.6	50.2
	Kristen	1241	40.7	39.4
	Muslim	15	0.5	0.5
	Annet religiøst livssyn	88	2.9	2.9
	Ubesvart	224	7.3	7.1

Alle spørsmål om de bioetiske temaene var utformet som påstander som respondenten skulle ta stilling til, med fem svaralternativer: svært enig – litt enig – verken enig eller uenig – litt uenig – svært uenig. ”Vet ikke” var ikke et alternativ, og respondentene måtte avgi et svar for å fortsette.

Spørreskjemavalidering og statistiske analyser er beskrevet nærmere i en vitenskapelig artikkel fra aktiv dødshjelps-delen av undersøkelsen [1].

### Hva betyr den lave svarprosenten?

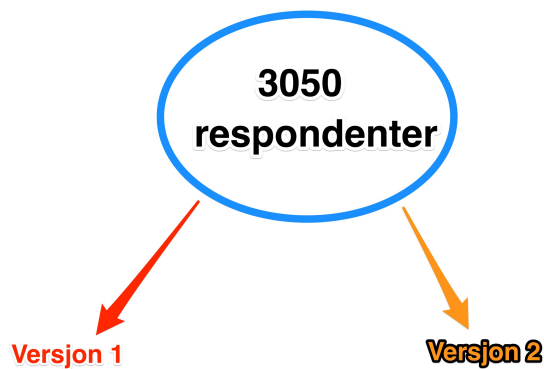
Svarprosenten er svært lav på 13,5 %. Dette innebærer en *usikkerhet* med hensyn til i hvilken grad svarene er representative for befolkningen. Er det forskjell på de inviterte som takket ja til å besvare undersøkelsen, og de som takket nei? Hvis ja, kan dette innebære en systematisk skjevhet i utvalget ("non-response bias"). Vi har ingen holdepunkter for at det er slike skjevheter, men det kan ikke utelukkes. Den lave svarprosenten medfører altså en usikkerhet med henhold til hvor presist resultatene speiler befolkningens holdninger.

Fenomenet lave – og stadig synkende – svarprosenter er et problem som rammer befolkningsundersøkelser over hele den vestlige verden [2]. Detaljerte analyser tyder på at spørreundersøkelser godt kan være representative til tross for svært lave svarprosenter [3, 4]; Hellevik viste for eksempel at Norsk Monitor-undersøkelsen neppe hadde systematiske skjevheter til tross for en svarprosent på kun 4 % [3]. Videre er det vist at spørreundersøkelser som ser på holdninger, slik som vår undersøkelse, er mindre utsatt for systematiske skjevheter enn undersøkelser som etterspør aktivitet/handling [3]. Vår undersøkelse har forsøkt å redusere faren for skjevheter ved selektiv invitasjon av respondenter for å balansere respondentenes demografiske karakteristika, og med vekting av svarene som forklart over. Vi kan like fullt *ikke utelukke* at våre resultater er påvirket av systematiske skjevheter, for eksempel ved at inviterte personer som er mindre interessert i bioetiske spørsmål i mindre grad velger å delta i eller fullføre undersøkelsen.

## Aktiv dødshjelp

Aktiv dødshjelp var et hovedtema for denne første utgaven av NOBAS-undersøkelsen. Utgangspunktet vårt var at tidligere norske befolkningsstudier har betydelige metodesvakheter, slik som at nøkkelbegreper ikke introduseres og defineres, ledende spørsmålsformuleringer, få spørsmål og få svaralternativer slik at nyanser og ambivalens ikke kommer frem.

Et annet moment i planleggingen var at det i spørsmålet om aktiv dødshjelp, kanskje enda mer enn i andre bioetiske debatter, er en ”kamp om begrepene” der de som er henholdsvis for og imot legalisering har sine foretrukne begreper og definisjoner. Et eksempel er ”selvbestemt livsavslutning” som kan foretrekkes av tilhengerne og ”legeassistert selvmord” som kan foretrekkes av de som er mot legalisering. Vi ønsket å undersøke betydningen av begrepsbruk og spørsmålsformuleringer for utfallet av slike spørreundersøkelser, og delte derfor utvalget i to like grupper, som fikk hver sin versjon av spørreskjemaet om aktiv dødshjelp, med ulike begreper og beskrivelser.



**Figur 1.** I spørsmålsettet om aktiv dødshjelp fikk den ene halvparten av utvalget versjon 1, og den andre halvparten versjon 2 av spørreskjemaet. Respondentene ble fordelt tilfeldig til versjon 1 eller 2 (randomisert).

I denne rapporten bruker vi ”aktiv dødshjelp” som en samlebetegnelse på eutanasi og legeassistert selvmord. ”Eutanasi” er en leges intenderte (tilsiktete) drap på en person ved å injisere medikamenter, på personens frivillige og kompetente forespørsel. ”Legeassistert selvmord” er en leges intenderte hjelp til en person i dennes selvmord, ved å skaffe til veie medikamenter som personen kan innta selv, på personens frivillige og kompetente forespørsel.

## Resultater

Vi presenterer her resultatene fra de åtte spørsmålene knyttet til aktiv dødshjelp. I de to versjonene av spørreskjemaet var introduksjonen og de tre første spørsmålene ulike, mens de fem siste spørsmålene var like i de to versjonene. Spørreskjemaet med de eksakte spørsmålsformuleringene er vedlagt bakerst i rapporten.

1. *Legalisering av legeassistert selvmord for terminal sykdom.*

Første halvdel av utvalget fikk spørsmålet: ”Ta stilling til påstanden: Legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid”. Svarene fordelte seg som følger:

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
12,9 %	6,7 %	7,3 %	35,6 %	37,5 %

Den andre halvdel fikk spørsmålet: ”En pasient er døende med store smerter. Hvor enig eller uenig er du i at en lege, etter grundig overveieelse, da skal ha lov til å skrive ut en dødelig dose medisin som pasienten selv kan velge å ta for å unngå store lidelser, dersom pasienten selv ber om det?”.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
8,2 %	5,9 %	7,5 %	25,3 %	53,2 %

Når vi slår sammen svarene på de to ulike versjonene, får vi følgende fordeling:

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
11 %	6 %	7 %	31 %	45 %

2. *Legalisering av eutanasi for terminal sykdom*

Første halvdel fikk spørsmålet: ”Ta stilling til påstanden: Eutanasi bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid”:

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
14,7 %	8,5 %	10,4 %	32,5 %	34,0 %

Andre halvdel fikk spørsmålet: ”Sett at den døende pasienten som har store smerter er for syk til selv å svelge den dødelige dosen medisin. Hvor enig eller uenig er du i at en lege, etter grundige overveielser, da skal ha lov til å sette en dødelig injeksjon (sprøyte) dersom pasienten selv ber om det?”

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
13,4 %	7,9 %	9,9 %	26,8 %	42,1 %

Slår vi svarene sammen, får vi følgende fordeling:

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
14 %	8 %	10 %	30 %	38 %

### 3. *Legalisering av aktiv dødshjelp også for personer med kronisk sykdom som ikke er døende*

Her fikk første halvdel følgende spørsmål: ”Aktiv dødshjelp bør tillates også for personer som har en uhelbredelig kronisk sykdom men ikke er døende”.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
26,6 %	15,6 %	19,9 %	23,0 %	14,9 %

Andre halvdel fikk spørsmålet: ” En pasient er uhelbredelig syk, men ikke døende, og har store lidelser som ikke kan lindres godt nok. Hvor enig eller ueniger du i at en lege da, etter grundig overveielse, og dersom pasienten ber om det, skal ha lov til å gi aktiv dødshjelp?”

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
13,5 %	8,7 %	12,5 %	29,7 %	35,6 %

Slår vi svarene sammen, får vi følgende fordeling:

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
20 %	12 %	16 %	26 %	25 %

### 4. *Aktiv dødshjelp bør tillates for personer som har en psykisk sykdom*

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
46 %	19 %	18 %	11 %	6 %

### 5. *Aktiv dødshjelp bør tillates også for personer som er livstrette og ønsker å dø, uten noen alvorlig sykdom*

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
53 %	17 %	12 %	12 %	6 %

De tre siste spørsmålene handlet om andre momenter som ofte er fremme i debatter om aktiv dødshjelp og etikk ved livets slutt:

6. *Legalisering av aktiv dødshjelp kan medføre at svake grupper opplever seg presset til å be om dødshjelp*

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
15 %	15 %	19 %	31 %	20 %

7. *I stedet for å tillate aktiv dødshjelp, bør vi utvikle og bygge ut tilbudet om lindrende behandling til døende*

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
7 %	12 %	26 %	25 %	31 %

8. *Behandlingsbegrensning kan iblant være en riktig beslutning, for å unngå en plagsom forlengelse av dødsprosessen*

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
3 %	3 %	10 %	31 %	53 %

Vi fant at det å variere innledning og spørsmålsformuleringer hadde *moderat* (spørsmål 1 og 3) *til stor* (spørsmål 3) *effekt* på svarene: For spørsmål 1 svarte 73 % ”litt enig” eller ”svært enig” i versjon 1, mens 78 % svarte dette i versjon 2. For spørsmål 3 var det derimot stor effekt av ulike spørsmålsformuleringer – henholdsvis 37 % og 65 % anga da å være enig i påstanden.

Det var også klare effekter av å *varierte rekkefølgen* på spørsmålene, noe vi ikke går nærmere inn på her. Disse funnene er beskrevet inngående i en vitenskapelig artikkel som publiseres i disse dager [1].

Når vi knytter resultatene til demografiske grupper, ser vi at yngre og ikke-religiøse er klart mer positive til legalisering av aktiv dødshjelp enn eldre og religiøse. De med lavere utdannelse er noe mer positive enn de med høyere utdannelse, hvilket er

motsatt av hva man finner i de fleste europeiske land. Menn er litt mer positive til legalisering enn kvinner.

## Fortolkning

Resultatene viser at begrepsbruk og spørsmålsformuleringer kan ha betydelig effekt på hvordan respondentene besvarer en slik spørreundersøkelse. Det er kanskje ingen overraskelse at ”som du spør, får du svar”, men dette er første gang dette er vist i en spørreundersøkelse om aktiv dødshjelp – og første gang disse effektene er tallfestet. Effektene av å variere spørsmålsformuleringer varierte fra moderate (spørsmål 1 og 2) til svært store (spørsmål 3). Det ligger en viktig lærdom her: Den moderate til store effekten av å variere spørsmålsformuleringer og rekkefølge bør mane til forsiktighet i fortolkning av holdningsundersøkelser – om aktiv dødshjelp spesielt, men også om bioetikk generelt. Vi vil hevde at forskere, journalister og politikere har vært for lite oppmerksomme på slike effekter. Styrken ved vår undersøkelse er at temaene så å si har vært belyst fra to ulike perspektiver, ved at spørsmål om det samme fenomenet har blitt stilt på to ulike måter. Disse effektene sier også noe om i hvilken grad befolkningen er påvirkbar av ulike begreper og retorikk. For nærmere diskusjon av disse funnene, se vår vitenskapelige artikkel [1].

Resultatene indikerer at en majoritet av befolkningen er positive til legalisering av aktiv dødshjelp i form av legeassistert selvmord og eutanasi ved dødelig (terminal) sykdom. Også ved kronisk sykdom der personen ikke er døende er det et knapt flertall for legalisering, mens befolkningen avviser aktiv dødshjelp for psykisk lidelse (som er tillatt i Nederland og Belgia) og ”livstretthet” uten sykdom (som diskuteres innført i Nederland).

Muligheten til å angi grader av enig- og uenighet får frem viktige nyanser. For eksempel kan resultatene for spørsmål 1 tolkes til at 76 % av befolkningen støtter legalisering av aktiv dødshjelp. Men de kan også tolkes slik at (kun) 45 % har gjort seg opp en klar mening og støtter slik legalisering, mens en like stor gruppe – 44 % – ikke har tatt entydig stilling for eller mot legalisering. Sistnevnte gruppe kan antas å være påvirkelig av offentlig debatt og argumenter for eller imot legalisering.

Det er også viktig å trekke frem at spørsmål 6 og 7 indikerer ambivalens i befolkningen, ved at mange som har angitt støtte til legalisering også angir at påstandene her målbærer vektige motforestillinger. Selv om en majoritet angir å støtte legalisering, sier hele 56 % seg enig i påstanden i spørsmål 7 om at samfunnet *i stedet for* å tillate aktiv dødshjelp burde utvikle og bygge ut tilbudet om lindrende behandling til døende. Dette kan tolkes dit hen at mange gir sin støtte til aktiv dødshjelp i spørsmål 1-3 under forutsetning av at aktuelle pasienters lidelse ikke kan lindres tilstrekkelig.



Spørsmål 8 indikerer at behandlingsbegrensning, det å avslutte eller ikke starte potensielt livsforlengende behandling når denne er uønsket, nytteløs eller gir plagsomme bivirkninger, er ukontroversielt for de fleste. Behandlingsbegrensning er etisk, juridisk og klinisk akseptert og ukontroversielt i norsk helsetjeneste.

Det kan være fristende å tolke tallene i lys av tidligere spørreundersøkelser for å si noe om utvikling over tid, men vi vil advare mot dette. Tidligere undersøkelser har vært ganske annerledes utformert. Vi mener det derfor ikke er forsvarlig å si noe om utvikling over tid ut fra vår undersøkelse ut over det som allerede er kjent, nemlig at en majoritet synes å støtte legalisering av aktiv dødshjelp i visse situasjoner og at dette er tilkommet i løpet av de siste fire tiår.

## Assistert befruktning

Assistert befruktning er bruk av medisinske teknikker for å få barn. I spørreskjemaet introduserte vi temaet som følger:

”Assistert befruktning omfatter teknikker som prøverørsbefruktning og inseminasjon. Dette tilbys i dag heterofile par og lesbiske par. Lesbiske par og heterofile par der mannen har dårlig sædkvalitet, kan få sæddonasjon. Det er omdiskutert om tilbudet bør utvides til å gjelde nye grupper, og om også eggdonasjon bør tillates. Bruk av surrogatmor, der en kvinne som ikke selv skal oppdra barnet, gjennomfører graviditeten, er også omstridt.”

## Resultater

Vi ba respondentene ta stilling til sju påstander om bruk av assistert befruktning i situasjoner der det kan være kontroversielt (1-5), samt om et argument som noen ganger brukes i offentligheten (6) og om egenbetaling (7).

1. Det er bra at lesbiske par har tilbud om assistert befruktning.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
19 %	10 %	13 %	18 %	40 %

2. Enslige kvinner bør også tilbys assistert befruktning.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
18 %	14 %	15 %	25 %	28 %

3. Bruk av surrogatmor bør tillates i Norge.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
29 %	13 %	19 %	20 %	19 %

4. Mannlige homofile par bør tilbys å få barn ved hjelp av surrogatmor.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
35 %	14 %	16 %	17 %	18 %

5. Enslige menn bør tilbys å få barn ved hjelp av surrogatmor.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
40 %	17 %	17 %	13 %	12 %

6. Sæd- og eggdonasjon er problematisk fordi barnet da ikke får vokse opp med begge genetiske foreldre.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
38 %	18 %	18 %	14 %	13 %

7. Kostnadene ved assistert befruktning bør dekkes av personen/paret selv.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
10 %	15 %	20 %	22 %	32 %

## Fortolkning

Et flertall uttrykker støtte til det etablerte tilbudet om assistert befruktning for lesbiske par, men også til et tilbud for enslige kvinner, noe som i dag ikke er tillatt.

Holdningene er jevnt fordelt i spørsmålet om bruk av surrogatmor bør tillates, med en liten overvekt, dog ikke flertall, for nei-siden. Argumentet om at kjønnscedonasjon er problematisk fordi det fører til at barnet ikke vokser opp med begge biologiske foreldre, et argument som ofte fremmes i offentlig debatt, får ikke støtte fra flere enn 27 %.

I sum er resultatene sammenlignbare med det Helsedirektoratet/Perduco fant i sin undersøkelse fra 2010 [5]. Noen av forskjellene fra denne kan tenkes å skyldes ulike spørsmålsformuleringer.

## Abort

Vi inkluderte også et spørsmålssett knyttet til provosert abort. Settet ble innledet slik: ”I dag er abort selvbestemt til og med uke 12 av svangerskapet. Etter uke 12 kan man få innvilget abort ved spesielle grunner, ved å søke abortnemnda. Én av grunnene som har vært omdiskutert, er fare for at barnet skal få alvorlig sykdom (abortlovens § 2c). Iblant foreslås utvidelser eller innskjerpelser i abortloven.”

## Resultater

Vi ba respondentene ta stilling til seks påstander knyttet til abort og abortetikk.

1. Fosterets rett til liv stiger utover i svangerskapet.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
8 %	6 %	14 %	33 %	39 %

2. Det befruktete egget er et levende individ av menneskearten.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
25 %	20 %	19 %	16 %	20 %

3. Det bør innføres obligatorisk rådgivningssamtale for abortsøkende.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
15 %	12 %	15 %	27 %	31 %

4. Fare for alvorlig sykdom hos barnet bør fortsatt være en selvstendig abortgrunn (abortlovens § 2c).

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
5 %	6 %	10 %	28 %	52 %

5. Frem til 12. svangerskapsuke bør abort være selvbestemt.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
6 %	4 %	7 %	14 %	68 %

## 6. Grensen for selvbestemt abort bør utvides til 18 uker.

Svært uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Svært enig
28 %	16 %	27 %	15 %	14 %

En tilfeldig halvpart av deltagerne svarte på spørsmålene om abort *etter* at de hadde svart på spørsmål om aktiv dødshjelp. Den andre halvdelen fikk spørsmålene om abort først. Sammenligning av de to gruppene viser at rekkefølgen har signifikant effekt på svarene for to spørsmål: Deltagerne som først svarte på spørsmålene om aktiv dødshjelp var (1) mer positive til at det bør innføres obligatorisk rådgivningssamtale for abortsøkende, og (2) mindre enige i at alvorlig sykdom hos barnet fortsatt bør være en selvstendig abortgrunn. Dette resultatet viser at deltagerne beveget seg i restriktiv retning i spørsmål om abort etter først å ha besvart spørsmål om aktiv dødshjelp.

### Fortolkning

Oppsummert kan funnene sies å uttrykke støtte til status quo. 82 % støtter dagens grense for selvbestemt abort, mens kun 29 % ønsker denne utvidet til 18 uker. Et stort flertall støtter at alvorlig sykdom forblir selvstendig abortgrunn. Noe overraskende er det kanskje at hele 58 % uttrykker støtte til innføring av obligatorisk rådgivningssamtale for abortsøkende.

## Referanser

1. Magelssen M, Supphellen M, Nortvedt P, Materstvedt LJ. Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment. *BMC Medical Ethics*. 2016;17.
2. Groves RM. Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly*. 2006;70(5):646-75.
3. Hellevik O. Extreme nonresponse and response bias. *Quality & Quantity*. 2015. doi:10.1007/s11135-015-0246-5.
4. Groves RM, Peytcheva E. The impact of nonresponse rates on nonresponse bias: a meta-analysis. *Public opinion quarterly*. 2008;72(2):167-89.
5. Helsedirektoratet. Bioteknologiloven. Undersøkelse om holdninger til etiske problemstillinger: Helsedirektoratet2010.

## Vedlegg – aktuelle spørsmål fra spørreskjemaet benyttet i NOBAS-undersøkelsen 2015

Svaralternativer på spørsmål der annet ikke er angitt: svært enig – litt enig – verken enig eller uenig – litt uenig – svært uenig.

NB – merk at to av spørsmålssettene (spørsmål 1 og 2) kommer i to versjoner – de fordeles tilfeldig slik at halve utvalget får den ene, og halve den andre. Hvorvidt du får den ene versjonen av det andre spørsmålssettet, er uavhengig av hvilken versjon du fikk av det første spørsmålssettet

### 1. Aktiv dødshjelp

#### ***Første versjon – går til ene halvparten av utvalget:***

Aktiv dødshjelp er en samlebetegnelse på eutanasi og legeassistert selvmord. *Eutanasi* er en leges tilskjede drap på en person ved å sette en sprøyte med dødbringede medikamenter, etter at personen frivillig har bedt om det. Tilsvarende er *legeassistert selvmord* en leges hjelp til en person i dennes selvmord, ved å skaffe til veie medikamenter som personen kan innta selv.

I Norge er begge former for aktiv dødshjelp ulovlig. I Europa tillater Nederland, Belgia og Luxembourg både eutanasi og legeassistert selvmord, mens Sveits tillater assistert selvmord.

Det å avslutte (eller ikke starte) livsforlengende behandling hos en døende pasient, regnes ikke som dødshjelp, men kalles *behandlingsbegrensning*. Slik behandlingsbegrensning forekommer hyppig i norsk helsetjeneste. To eksempler kan være å unnlate å behandle en infeksjon hos en pasient som er nær døden, eller å avslutte respiratorbehandling hos en døende pasient. I begge tilfeller skjer dette etter pasientens ønske.

Ta stilling til følgende påstander:

- A. Legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid
- B. Eutanasi bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid

- C. Aktiv dødshjelp bør tillates også for personer som har en uhelbredelig kronisk sykdom men ikke er døende
- D. Aktiv dødshjelp bør tillates for personer som har en psykisk sykdom
- E. Aktiv dødshjelp bør tillates også for personer som er livstrette og ønsker å dø, uten noen alvorlig sykdom
- F. Legalisering av aktiv dødshjelp kan medføre at svake grupper opplever seg presset til å be om dødshjelp
- G. I stedet for å tillate aktiv dødshjelp, bør vi utvikle og bygge ut tilbudet om lindrende behandling til døende
- H. Behandlingsbegrensning kan iblant være en riktig beslutning, for å unngå en plagsom forlengelse av dødsprosessen

***Andre versjon – går til andre halvparten av utvalget:***

Aktiv dødshjelp kalles også ”selvbestemt livsavslutning”. I Norge er aktiv dødshjelp ulovlig. I Europa tillater Nederland, Belgia, Luxembourg og Sveits dette i ulike former.

Det å avslutte (eller ikke starte) livsforlengende behandling hos en døende pasient, regnes ikke som dødshjelp, men kalles *behandlingsbegrensning*. Slik behandlingsbegrensning forekommer hyppig i norsk helsetjeneste. To eksempler kan være å unnlate å behandle en infeksjon hos en pasient som er nær døden, eller å avslutte respiratorbehandling hos en døende pasient. I begge tilfeller skjer dette etter pasientens ønske.

Ta stilling til følgende påstander:

- A. En pasient er døende med store smerter. Hvor enig eller uenig er du i at en lege, etter grundig overveielse, da skal ha lov til å skrive ut en dødelig dose medisin som pasienten selv kan velge å ta for å unngå store lidelser, dersom pasienten selv ber om det?
- B. Sett at den døende pasienten som har store smerter erfor syk til selv å svelge den dødelige dosen medisin. Hvor enig eller uenig er du i at en lege, etter grundige overveielser, da skalha lov til å sette en dødelig injeksjon (sprøyte) dersom pasienten selv ber om det?



- C. En pasient er uhelbredelig syk, men ikke døende, og har store lidelser som ikke kan lindres godt nok. Hvor enig eller uenig er du i at en lege da, etter grundig overveielse, og dersom pasienten ber om det, skal ha lov til å gi aktiv dødshjelp?
- D. Aktiv dødshjelp bør tillates for personer som har en psykisk sykdom
- E. Aktiv dødshjelp bør tillates også for personer som er livstrette og ønsker å dø, uten noen alvorlig sykdom
- F. Legalisering av aktiv dødshjelp kan medføre at svake grupper opplever seg presset til å be om dødshjelp
- G. I stedet for å tillate aktiv dødshjelp, bør vi utvikle og bygge ut tilbudet om lindrende behandling til døende
- H. Behandlingsbegrensning kan iblant være en riktig beslutning, for å unngå en plagsom forlengelse av dødsprosessen

## 2. Fosterdiagnostikk

**[ gjengis ikke i denne versjonen av rapporten ]**

## 3. Assistert befruktning

*Innledende tekst:* Assistert befruktning omfatter teknikker som prøverørsbefruktning og inseminasjon. Dette tilbys i dag heterofile par og lesbiske par. Lesbiske par og heterofile par der mannen har dårlig sædkvalitet, kan få sæddonasjon. Det er omdiskutert om tilbudet bør utvides til å gjelde nye grupper, og om også eggdonasjon bør tillates. Bruk av surrogatmor, der en kvinne som ikke selv skal oppdra barnet, gjennomfører graviditeten, er også omstridt.

Ta stilling til følgende påstander:

- A. Det er bra at lesbiske par har tilbud om assistert befruktning.
- B. Enslige kvinner bør også tilbys assistert befruktning.
- C. Bruk av surrogatmor bør tillates i Norge.

- D. Mannlige homofile par bør tilbys å få barn ved hjelp av surrogatmor.
- E. Enslige menn bør tilbys å få barn ved hjelp av surrogatmor.
- F. Sæd- og eggdonasjon er problematisk fordi barnet da ikke får vokse opp med begge genetiske foreldre.
- G. Kostnadene ved assistert befruktning bør dekkes av personen/paret selv.

#### 4. Abort

*Innledende tekst:* I dag er abort selvbestemt til og med uke 12 av svangerskapet. Etter uke 12 kan man få innvilget abort ved spesielle grunner, ved å søke abortnemnda. Én av grunnene som har vært omdiskutert, er fare for at barnet skal få alvorlig sykdom (abortlovens § 2c). Iblant foreslås utvidelser eller innskjerpelser i abortloven.

Ta stilling til følgende påstander:

- A. Fosterets rett til liv stiger utover i svangerskapet.
- B. Det befruktede egget er et levende individ av menneskearten.
- C. Det bør innføres obligatorisk rådgivningssamtale for abortsøkende.
- D. Fare for alvorlig sykdom hos barnet bør fortsatt være en selvstendig abortgrunn (abortlovens § 2c).
- E. Frem til 12. svangerskapsuke bør abort være selvbestemt.
- F. Grensen for selvbestemt abort bør utvides til 18 uker.