



MEDICINSKA FAKULTETEN

Läkarassisterat självmord - en enkätundersökning bland sjuksköterskestudenter i Sverige

Författare: Louise Axelsson och Ebba Stenström

Handledare: Christina Bökberg

Kandidatuppsats

Hösten 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Läkarassisterat självmord - en enkätundersökning bland sjuksköterskestudenter i Sverige

Physician-assisted suicide - a survey among nursing students in Sweden

Författare: Louise Axelsson och Ebba Stenström

Handledare: Christina Bökberg

Kandidatuppsats

Hösten 2022

Abstrakt

Syftet är att jämföra svenska sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord, och undersöka om det finns skillnader i inställningar mellan studenter i termin 4, 5 och 6. Studien är av kvantitativ metod och syftet har undersökts genom en digital enkät. Resultatet påvisar att en majoritet av sjuksköterskestudenterna är för läkarassisterat självmord, vilket flertalet grundar i respekt för patientens autonomi. Det går i enlighet med den centrala roll personcentrerad vård har i svensk sjuksköterskeutbildning, vilket skiljer sig från läkarprofessionen som har ett större kliniskt fokus. Att arbeta interprofessionellt kan öka vårdprofessioners förståelse för olika värderingar vid etiska dilemman och optimera en personcentrerad vård för patienter som befinner sig i livets slutskede. Vidare forskning behövs för att hävda att det finns en klar majoritet för läkarassisterat självmord bland sjuksköterskestudenter i Sverige och för att beskriva skillnaden mellan terminerna.

Nyckelord

Läkarassisterat självmord, enkätstudie, sjuksköterskestudenter, inställningar, etiska konflikter

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Vård i livets slutskede	3
Dödshjälp	4
Sjuksköterskans roll	5
Inställningar till läkarassisterat självmord	7
Etiska konflikter i samband med läkarassisterat självmord	8
Perspektiv och utgångspunkter	9
Syfte	10
Specifika frågeställningar	10
Metod	11
Design	11
Urval	11
Datainsamling	12
Instrument	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	16
Inställningar till läkarassisterat självmord	16
Förtroendet för sjukvården	17
Argument för/emot läkarassisterat självmord	18
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Intern validitet	21
Extern validitet	22
Diskussion av framtaget resultat	23
Respektera patientens rätt till självbestämmande	24
Risk när patienter upplever att de ligger närstående till last	25
Viljan att delta vid läkarassisterat självmord	27
Slutsats och kliniska implikationer	28
Författarnas arbetsfördelning	29
Efterord	30
Referenser	31
Bilaga 1 (3)	44
Bilaga 2 (3)	45
Bilaga 3 (3)	46

Introduktion

Problemområde

I Sverige har det under en längre tid debatterats om en eventuell legalisering av läkarassisterat självmord, tillika benämnt assisterat dödande (Statens medicinsk-etiska råd [SMER], 1992, 2008, 2017). Det har även lämnats in ett flertal riksdagsmotioner gällande utredningen av en legalisering av insatsen; alla motioner avslogs emellertid (Jönsson & Paarup-Petersen, 2018; Lundgren, 2021; Meijer, 2020; Schulte, 2017; Westerholm et al., 2019). För gemene man i Sverige är medhjälp till självmord inte klassat som ett brott, men sjukvårdspersonal riskerar deslegitimering vid medverkan då agerandet kan bedömas strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017). Den inhemska debatten om läkarassisterat självmord väcktes åter i Sverige under 2020 efter att en svensk läkare hjälpt en man med amyotrofisk lateralskleros (ALS) att dö genom att förse honom med en letal dos sömnmedel (Bergström, 2021). Debatten ökar likaledes globalt i samband med att allt fler länder inför en legalisering (SMER, 2017). Det argument som främst presenteras som förespråkar läkarassisterat självmord är människans rätt till självbestämmande (Shibata, 2017; Sullivan & Taylor, 2018; Yao, 2016), medan ett vanligt förekommande argument emot insatsen är att det kan påverka allmänhetens förtroende för sjukvården negativt (Lindblad et al., 2008; Stensmyren, 2015). Studier visar på att sjuksköterskan har en aktiv roll vid läkarassisterat självmord i de länder där insatsen är legaliserad (Beuthin, 2018; de Veer et al., 2008; Inghelbrecht et al., 2010; Pesut et al., 2020). För att kunna ta ställning till etiska problem inom omvårdnad krävs det att sjuksköterskan redan under sin utbildning tränar på att medvetandegöra och utveckla sin etiska kompetens (Lidén, 2014). Sjuksköterskestudenters förmåga till etiskt beslutsfattande påverkas av hur långt de kommit i sin utbildning och vilken tidigare kunskap de besitter kring det etiska dilemman (Sari et al., 2018). Etiska dilemman som berör terminalt sjuka patienter och kontroversiella frågor om exempelvis patientens rätt att avsluta sitt liv, har visat sig vara vanligt att sjuksköterskestudenter anger som svåra att diskutera (Margalith et al., 2003; Strang et al., 2014). Sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord är därför av intresse att undersöka eftersom de i sin profession kommer möta patienter i livets slutskede där samtal om döden och dödsönskan förekommer (Jakobsson et al., 2014) och eftersom *advocacy* är ett centralt begrepp inom yrket, där de som

färdiga sjuksköterskor kommer ha en primär roll som patientens företrädare (Davoodvand et al., 2016).

Bakgrund

Vård i livets slutskede

Den svenska sjukvården bedriver idag vård i livets slutskede, också kallad palliativ vård, i syfte "... att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med en progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående" (Socialstyrelsen, 2018, s. 12). Det dör omkring 90 000 personer varje år i Sverige varav ungefär 80 % är i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018). Den palliativa vården fokuserar på att lindra de symtom som sjukdomen orsakar, såsom smärta, illamående och ångest (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Den syftar även till att möta och värna om patienters behov samt önskemål, som bland annat kan innefatta möjligheten att välja var (men inte hur) de vill dö (Lidén, 2014). Patienter i Sverige har idag rätt att avstå från att inleda samt avsluta livsuppehållande behandling under förutsättningen att patienten bedöms vara beslutskompetent (SOSFS 2011:7). Det förekommer också att svårt sjuka patienter ber vården om utfärdande av sådant intyg som krävs för att få tillgång till assisterat döende i Schweiz, och under de senaste 20 åren har 34 svenska patienter fått denna önskan tillgodosedd (Juth et al., 2020).

I de fall där symtomlindring inte räcker till och den sista tiden i livet innefattas av ett svårt lidande, kan den svenska sjukvården lagligt använda sig av palliativ sedering (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Palliativ sedering innebär att medvetandegraden hos patienten sänks med hjälp av läkemedel i syfte att lindra symtom, dock innebär den palliativa sederingen även att patienten förlorar sin förmåga att kommunicera samt att patientens död kan komma påskyndas (Lindqvist & Rasmussen, 2014; Shibata, 2017). En studie har undersökt frekvensen av palliativ sedering i sex europeiska länder däribland Sverige, och av de 3248 svenska avlidna patienter som inkluderades var det 6,4 % som var i behov av palliativ sedering i livets slutskede (Miccinesi et al., 2006). Det har diskuterats huruvida palliativ sedering är en form av passiv dödshjälp eftersom djup sedering kan leda till förtida död (Alt-Epping et al., 2015; Shibata, 2017). Motargumentet är att de läkemedel som finns att tillgå inom den palliativa

vården aldrig bör vara associerade med någon form av dödshjälp (Lindqvist & Rasmussen, 2014; Materstvedt et al., 2003). Indikationen för läkemedelsadministration får inte vara att förkorta någons liv utan syftet ska vara att lindra lidande (Lindqvist & Rasmussen, 2014; Materstvedt et al., 2003).

Dödshjälp

SMER (2017) beskriver i en kunskapssammanställning om *dödshjälp* att detta är ett paraplybegrepp som per definition innefattar insatser som ges i syfte att orsaka patientens död efter uttrycklig önskan från en beslutskompetent patient. De två begrepp som faller under dödshjälp är *läkarassisterat självmord* och *eutanasi*. Läkarassisterat självmord är en aktion som i linje med assisterat döende innebär att en läkare avsiktligt hjälper en person att begå självmord genom att tillhandahålla läkemedel för självadministration. Begreppet eutanasi eller aktiv dödshjälp innebär att en annan utövare än patienten själv är den som administrerar drogen och utför den avgörande livsavslutande handlingen (SMER, 2017). De båda begreppen syftar till att individen ska inneha friheten att bestämma när livet ska avslutas (Shibata, 2017). SMER (2017) förklarar även i sammanställningen att en av de mest förekommande modellerna vid läkarassisterat självmord är Oregonmodellen, där ett grundläggande kriterium för att en patient ska genomgå proceduren är en terminal sjukdom med en estimerad återstående livstid på sex månader. De främsta diagnoserna som påkallar läkarassisterat självmord där Oregonmodellen är aktuell är cancer, neurodegenerativa sjukdomar, luftvägssjukdomar, hjärtsjukdomar och AIDS (SMER, 2017).

Internationellt är dödshjälp tillåtet i Belgien, Colombia, Kanada, Luxemburg, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Spanien och i tio av USAs delstater (Rada, 2021). Österrike har även röstat ja till en legalisering av läkarassisterat självmord, men lagen träder först i kraft i början av 2022 (Radlovacki, 2021). Under 2021 har likaledes en majoritet av parlamentet i Portugal röstat för ett reviderat lagförslag som tillåter eutanasi och läkarassisterat självmord, under förutsättning att presidenten godkänner förslaget (The Associated Press, 2021).

I Sverige är läkarassisterat självmord inte kriminaliserat men sjukvårdspersonal riskerar deslegitimering vid medverkan då handlingen inte anses som beprövad och grundad i vetenskap utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL (HSL, 2017). Eutanasi är

däremot olagligt och klassas som mord eller dråp enligt bestämmelserna i 3 kap. 1 och 2 §§ brottsbalken (SFS 1962:700). Den internationella läkarorganisationen (World Medical Association) har deklarerat eutanasi och läkarassisterat självmord som oetiska åtgärder (WMA, 2019). Sjuksköterskornas etiska råd har även uttryckt avståndstagande från såväl eutanasi som läkarassisterat självmord (Öhlen & Rasmussen, 2018). Det finns trots detta undersökningar som påvisar ett växande stöd för dödshjälp bland befolkningen i Sverige (Edblom, 2010; Ipsos Mori, 2015; Lindblad et al., 2009; Wadbring, 2009). En undersökning Sifo har gjort på uppdrag av Aftonbladet som tagit reda på svenskarnas inställning till dödshjälp visar på att 87 % av de 1000 tillfrågade var för dödshjälp (Edblom, 2010). Det finns ytterligare en undersökning som bland annat undersökt hur den allmänna befolkningen i Sverige ställer sig till assisterat döende, som visar att 69 % av 2208 deltagande var för insatsen (Ipsos Mori, 2015).

Frågan om att legalisera läkarassisterat självmord har inte blivit rättsligt prövad i Sverige på över 30 år, men SMER (1992, 2008, 2017) har vid tre tillfällen föreslagit att regeringen bör utreda frågan om dödshjälp och dess legalisering i någon form. Föreningen *Rätt till en värdig död* (RTVD, u.å.) bedriver också frågan kring legalisering av läkarassisterat självmord i Sverige. Den svenske läkaren Staffan Bergström, som även är ordförande i RTVD, assisterade år 2020 ett självmord i Sverige och anmälde sig själv därefter för att få frågan rättsligt prövad (Berglund, 2021). Åtalet mot Bergström lades ned med motiveringen att medhjälp till självmord inte är straffbart, dock riskerar han fortfarande att förlora sin läkarlegitimation (Andersson, 2021). Bergström har vid uttalande till svensk media belyst vikten av att lyfta frågan på en samhällsnivå då han menar att assisterat självmord redan förekommer, men inte talas om på grund av en rädsla för deslegitimering (Andersson, 2021; Berglund, 2021). En studie som bland tre andra europeiska länder även undersökt 3248 dödsfall under ett år i Sverige, visar att 0,4 % av dessa orsakats till följd av läkarassisterat självmord trots att det inte är lagligt och etablerad praxis (Cohen et al., 2007).

Sjuksköterskans roll

För sjuksköterskeprofessionen innebär det kliniska arbetet inom hälso- och sjukvården i Sverige bland annat att möta patienter i livets slutskede och ge omvårdnad till döende

människor (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Det är i dessa situationer inte ovanligt att samtal om döden och dödsönskan förekommer (Jakobsson et al., 2014). Sjuksköterskans roll vid livets slutskede innefattar bland annat att ge symtomlindring, att ge stöd till patient och närstående, att förmedla dödsbud och omhänderta den döde (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Det tidigare nämnda begreppet *advocacy* syftar till att skydda patienten och belysa mänskliga rättigheter, genom att stå upp för patienten samt informera om dennes rättigheter (Davoodvand et al., 2016). För sjuksköterskestudenter är en av de mest stressfyllda situationerna att vara delaktig vid omvårdnad av patienter som befinner sig i livets slutskede och att bemöta frågor om döden (Margalith et al., 2003; Strang et al., 2014). En studie framhåller att döden väcker känslor av hjälplöshet, osäkerhet och otillräcklighet för sjuksköterskestudenter i Sverige (Strang et al., 2014). Sjuksköterskestudenterna uppger att det finns en genomgående rädsla för att vårda patienter i livets slutskede, men samtidigt en förståelse för att det kommer vara deras ansvar att som färdiga sjuksköterskor företräda, ge stöd till och samtala med patienterna om döden (Strang et al., 2014).

Internationellt visar studier att sjuksköterskan har en aktiv roll vid läkarassisterat självmord (Beuthin, 2018; de Veer et al., 2008; Inghelbrecht et al., 2010; Pesut et al., 2020). Två studier genomförda i Kanada undersöker sjuksköterskors erfarenheter kring lagen Medical Assistance in Dying (MAiD), vilken utöver läkarassisterat självmord behandlar eutanasi (Beuthin, 2018; Pesut et al., 2020). Sjuksköterskans roll beskrivs bland annat vara att bistå med information om läkarassisterat självmord, att förbereda intravenös självadministrering för patienten och ha nära kontakt med både patient, anhöriga och läkare i de beslutsfattande processerna (Beuthin, 2018; Pesut et al., 2020). I Kanada har lagen MAiD resulterat i att sjuksköterskan givits ett större ansvar vad kommer till dödshjälp, där rollen innebär att tillhandahålla patienten en letal dos läkemedel vid läkarassisterat självmord, men också administrera läkemedel i samband med eutanasi (Pesut et al., 2020). I Belgien är sjuksköterskan likaså involverad i beslutsprocesserna kring läkarassisterat självmord samt handhar patienterna läkemedel för självadministrering (Inghelbrecht et al., 2010). Ytterligare en studie utförd i Nederländerna bekräftar sjuksköterskans involvering både i att diskutera frågor kring livets slutskede men även vid de medicinska besluten (de Veer et al., 2008).

Inställningar till läkarassisterat självmord

På nationell nivå har tre enkätundersökningar genomförts i syfte att belysa inställningar till läkarassisterat självmord, varav två från läkares perspektiv (Lindblad et al., 2008; Lynøe et al., 2021) och en som undersöker den allmänna befolkningens inställning (Lindblad et al., 2009). Den första enkätundersökningen besvarades av 877 läkare och resultatet visade att endast 34 % var för läkarassisterat självmord, där respekt för patientens autonomi var det tyngsta argumentet och resterande som var emot eller tveksamma till insatsen grundade detta i inte skada-principen (Lindblad et al., 2008). Denna studie gjordes om på nytt några år senare där 934 läkare deltog (Lynøe et al., 2021). Resultatet visade på ett ökat stöd (47,1 %) för läkarassisterat självmord, men åsiktsskillnaderna präglades fortfarande av vad människan värderar högst; respekt för autonomi eller respekt för att inte skada mänskligt liv (Lynøe et al., 2021). Studien som belyste den allmänna befolkningens inställning till läkarassisterat självmord besvarades av 689 respondenter där 73 % var för en eventuell legalisering (Lindblad et al., 2009). Gemensamt för de tre studierna (Lindblad et al., 2008, 2009; Lynøe et al., 2021) var att de även undersökte om respondenterna trodde att förtroendet för sjukvården skulle påverkas om läkarassisterat självmord vore lagligt. Det var enbart studien av Lindblad et al. (2008) som visade på att förtroendet för sjukvården skulle påverkas negativt. I de andra två studierna besvarade en majoritet att förtroendet skulle förbli detsamma (Lindblad et al., 2009; Lynøe et al., 2021).

Internationellt har studier genomförts som undersökt sjuksköterskors inställning till läkarassisterat självmord (Asai et al., 2021; Inghelbrecht et al., 2009; Musgrave et al., 2001; Wilson et al., 2019; Zenz et al., 2015). Författarna har inte identifierat några nationella studier som undersöker sjuksköterskors eller sjuksköterskestudenters inställning till insatsen. Studier har påvisat att geografisk bakgrund har inflytande över olika inställningar till assisterat dödande. I resultatet från en studie genomförd i Asien framkommer det att endast 15 % av 145 sjuksköterskor var villiga att delta vid insatsen (Asai et al., 2021), medan en studie från Nya Zeeland visar att 76 % av 474 sjuksköterskor var villiga att delta under förutsättningen att det vore lagligt (Wilson et al., 2019). Det framkommer även i studier att utbildningsnivå och religion påverkar olika inställningar, där de med en högre utbildning i större utsträckning var

villiga att delta vid läkarassisterat självmord medan de som var troende uttryckte en mer restriktiv inställning (Inghelbrecht et al., 2009; Musgrave et al., 2001). Det påvisades även i en studie som undersökt sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord, att de med en teoretisk bakgrund om dödshjälp var mer positivt inställda i relation till dem som uttryckt sig vara religiösa (Margalith et al., 2003).

Etiska konflikter i samband med läkarassisterat självmord

I sjuksköterskans kärnkompetens ingår det bland annat att arbeta personcentrerat utifrån evidensbaserad vård samt att kvalitetsutveckla och förbättra vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En god omvårdnad bygger i sin tur på att sjuksköterskan i sin utbildning får teoretiska kunskaper och kapacitet att genomföra praktiska uppgifter ur ett medvetet etiskt förhållningssätt (Lidén, 2014). Ett etiskt förhållningssätt handlar om förmågan att kritiskt kunna granska och reflektera över vilka grundpelare som ligger bakom olika beslut som fattas (Blomqvist & Petersson, 2014). En studie visar på sjuksköterskans förmåga att ta ställning vid etiska beslut påverkas av hur långt de kommit i sin utbildning och tidigare erfarenhet kring situationen (Sari et al., 2018). De studenter som gick sista året värderade klinisk erfarenhet vid etiska resonemang i högre utsträckning än övriga årskurser. Medan de studenter som gick andra året hade bredare kunskap kring etiska dilemman, vilket kan bero på att de mer nyligen haft kurser inom vårdetik (Sari et al., 2018).

I debatten om läkarassisterat självmord står bland annat respekten för en människas autonomi i konflikt med värdet av en människas liv (Sprung et al., 2018). Autonomiprincipen värnar om patientens självbestämmande, medan inte skada-principen handlar om att alla människor har en moralisk skyldighet att inte orsaka direkt skada på den fysiska och psykiska hälsan (Sullivan & Taylor, 2018; Yao, 2016). Patientens rätt till självbestämmande väger tungt i frågan om läkarassisterat självmord, då det är en förutsättning för personcentrerad vård där patienten har inflytande över sin vård och sitt liv (Shibata, 2017; Sullivan & Taylor, 2018; Yao, 2016). Att neka patienter rätten att bestämma hur de vill dö kan komma att bidra till ett förlängt onödigt lidande för den svårt sjuke patienten (Shibata, 2017; Sullivan & Taylor, 2018). Å andra sidan finns det de som värnar respekten för att inte skada mänskligt liv och därför förespråkar en förbättring av den palliativa vården; som grundar sig i att döda det

lidande som en person upplever, snarare än att ta död på den person som lider (Radbruch et al., 2016).

Det finns tillika de som menar att läkarassisterat självmord kan komma påverka förtroendet för sjukvården negativt (Lindblad et al., 2008; Stensmyren, 2015). Förtroendet för sjukvården är viktigt då det har betydelse för bland annat interaktionen mellan patient och vårdgivare, där patienter som uppger att de har ett stort förtroende för sjukvården även är mer nöjda med den vård som bedrivs (Chipidza et al., 2015; Keating et al., 2002). En förtroendefull relation mellan vårdgivare och patient kan även ha en direkt terapeutisk effekt (Chipidza et al., 2015). Om detta förtroende saknas eller skulle påverkas negativt kan det ha en skadlig effekt på patienters hälsa, eftersom det kan leda till att patienter inte uppsöker vård i tid, eller att patienten undanhåller nödvändig information (Ahnquist et al., 2010). Studier från länder där läkarassisterat självmord är legaliserat redogör emellertid för att detta påstående inte är en korrekt återspeglning av verkligheten, där insatsen i själva verket inte påverkar förtroendet negativt (Hall et al., 2005; Vilpert et al., 2020).

Om läkarassisterat självmord blir lagligt finns det däremot belägg för att fler kan komma i fråga för insatsen än enbart dem som är dödligt sjuka och lider (Lerner & Caplan, 2015). Studier har framhållit att efterfrågan om dödshjälp är fyra till sju gånger högre hos personer med depression; psykiska besvär är alltså mer slående egenskaper i önskan om dödshjälp än fysiska symtom (Emanuel, 2005; van der Lee et al., 2005). Studier från Nederländerna och Belgien uppger även att de skyddsåtgärder som finns för att upprätthålla kriterierna för dödshjälp, däribland att det inte får föreligga psykisk sjukdom, inte alltid är effektiva och fungerande i praktiken (Chambaere et al., 2010; Rietjens et al., 2009). Dessa etiska konflikter kan bidra till en djupare förståelse för debatten om läkarassisterat självmord och hur sjuksköterskestudenterna i den aktuella studien har resonerat kring frågan.

Perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskan har ett primärt ansvar för omvårdnaden vilket även innefattar ett ansvar för att tydliggöra de teoretiska och etiska grunder som ligger bakom omvårdnadsarbetet (Jakobsson & Lützén, 2014). Omvårdnadsvetenskapen syftar i sin tur till att studera och generera kunskap om omvårdnad för att bland annat utveckla och förbättra hälsa, hur vården bäst kan lindra

lidande samt skapa förutsättningen för en fridfull död (Jakobsson & Lützén, 2014). Den aktuella studien utgår ifrån Kari Martinsens omvårdnadsteori för att undersöka sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord samt vilka etiska perspektiv de olika inställningarna grundar sig i.

Kari Martinsens teori grundar sig i omsorgsetik och sjuksköterskans förmåga att kunna reflektera över etiska aspekter som kan komma påverka omvårdnaden (Martinsen, 2003). Teorin berör även etiska dilemman inom vården, där ett av dessa som sjuksköterskan ställs inför är förhållandet mellan autonomi och paternalism (Martinsen, 2003). Autonomi bygger på rätten till självbestämmande och egen fri vilja, medan paternalism grundar sig i antagandet att en person med makt influerar andra till att göra något vilket således påverkar en annan människas vilja eller åsikt (Sandman & Kjellström, 2013). I debatten om läkarassisterat självmord står likaledes autonomiprincipen i konflikt med inte skada-principen (Sprung et al., 2018). Martinsen (2003) förklarar att sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar i relationen till patienten eftersom denne befinner sig i en beroendeställning. Det finns dock inget enkelt svar när det kommer till att ingripa i eller påverka patienters liv, framförallt inte när det går emot patientens vilja. Sjuksköterskan bör däremot se till att patientens behov går före sina egna känslor (Martinsen, 2003). Patientens behov kan identifieras och sättas i fokus genom att sjuksköterskan redan under sin utbildning lär sig att använda en syntes av sina känslor, objektiva bedömningar och professionella kunskap (Alvsvåg, 2014). Martinsen påpekar även att omsorgen inte nödvändigtvis innefattar att sträva efter att patienten ska bli frisk, utan snarare att sträva efter patientens uppfattning om välbefinnande och ge stöd samt ingripa för en annan människa som lider (Martinsen, 2003).

Syfte

Syftet är att jämföra svenska sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord och undersöka om det finns skillnader i inställningar mellan studenter i termin 4, 5 och 6.

Specifika frågeställningar

- Vilka inställningar till läkarassisterat självmord finns bland sjuksköterskestudenter?

- Hur ställer sig sjuksköterskestudenter till att delta vid läkarassisterat självmord om detta vore lagligt och etablerad praxis?
- Hur tror sjuksköterskestudenter att deras förtroende för vården skulle påverkas om läkarassisterat självmord vore legaliserat?
- Vilka argument ligger till grund för sjuksköterskestudenternas inställning till läkarassisterat självmord?

Metod

Design

Studien är en tvärsnittsstudie med en kvantitativ design. En kvantitativ design valdes eftersom den ansågs lämpligast för att besvara studiens syfte, där enkätundersökning är att föredra i jämförelse med intervjuer vid undersökning av en större grupp människor då den når ut till fler deltagare (Polit & Beck, 2017). Empiriska data har samlats in i form av digitala enkäter och data analyserades med deskriptiv- och analytisk statistik.

Urval

Författarna använde sig av ett så kallat bekvämlighetsurval, där sjuksköterskestudenter i termin 4-6 från 23 lärosäten i Sverige tillfrågades att ingå i studien. Ett bekvämlighetsurval innebär att respondenterna har valts utifrån ett visst sammanhang eller vid en viss tidpunkt i syfte att deltagarna ska vara inom ramen för vad studien syftar till att undersöka (Kristensson, 2014). Urvalet motiverades med att samtliga sjuksköterskestudenter skulle ha genomfört minst en praktik inom den somatiska vården, då författarna önskade att respondenterna skulle ha viss praktisk erfarenhet där de eventuellt kommit i kontakt med patienter i livets slutskede. Exklusionskriteriet i studien var pågående sjuksköterskestudier vid Lunds universitet för att undvika bias vid urvalet, då författarna är studenter vid detta lärosäte. Det var nio av 23 lärosäten som delade enkätundersökningen till studenterna och totalt besvarade 158 respondenter enkäten. Det totala antalet sjuksköterskestuderande i termin 4-6 vid de olika

lärosätena samt hur många studenter som tilldelades enkäten är inte känt, vilket medför att bortfallet inte kan beräknas.

Datainsamling

Data samlades in via en onlinebaserad enkät, som distribuerades under hösten 2021 via programmet Google Forms. Studien planerades ursprungligen att genomföras på sjuksköterskestudenter i södra Sverige, mer specifikt på sjuksköterskestudenter i termin 4–6 från Malmö universitet respektive högskolan Kristianstad. Programansvarig för sjuksköterskeprogrammet på högskolan Kristianstad gav medgivande till enkätundersökningen och publicerade denna på sjuksköterskeprogrammets nyhetsforum. Programansvarig för sjuksköterskeprogrammet på Malmö universitet responderade inte på förfrågan. För att uppnå en tillräckligt hög svarsfrekvens i studien beslutade författarna att genomföra undersökningen på sjuksköterskestudenter från termin 4–6 i hela Sverige. Författarna utgick primärt ifrån att samla in 60 enkäter efter kursinformationens rekommendationer.

Förfrågan om medgivande till enkätundersökningen skickades ut till programansvariga för sjuksköterskeprogrammet vid totalt 23 lärosäten i Sverige. Nio lärosäten godkände förfrågan, åtta lärosäten avslag förfrågan och sex lärosäten responderade inte. För de lärosäten som inte responderat vid första mailet skickades det ut två påminnelser med en veckas mellanrum. Vid de nio lärosäten där programansvarig gav sitt medgivande fördes en dialog om hur enkätundersökningen på ett lämpligt vis kunde spridas till berörda studenter. På Högskolan Kristianstad, Linnéuniversitetet, Luleå tekniska universitet, Linköpings universitet och Blekinge tekniska högskola skedde kontakten endast med programansvarig som publicerade enkätundersökningen på respektive nyhetsforum för sjuksköterskeprogrammet. Från ovan nämnda lärosäten samlades även en signerad medgivandeblankett in från programansvarig. På Mälardalens högskola, Karolinska institutet, Uppsala universitet och högskolan i Skövde förmedlade programansvarig vidare kontakt med respektive studentförening. Ingen medgivandeblankett samlades in då enkätundersökningen inte delades direkt via lärosätena. Efter kontakt med ansvariga för studentföreningarna delades enkätundersökningen vidare i privata Facebookgrupper. De nio deltagande lärosäten bekräftade samtliga att studenterna

tilldelades informationsbrevet (Bilaga 2) och en länk till enkätundersökningen. Deltagarna behövde inte identifiera sig vid ifyllande av enkäten och den var således anonym, vilket i sin tur inte påkallade att skriftligt informerat samtycke samlades in (Kristensson, 2014). Enkäten skickades i retur till författarna digitalt och deltagarna informerades om att det samtycke som inhämtades var i samband med att den ifyllda enkäten skickades åter.

Instrument

Frågorna i den aktuella studien baserades på frågor som använts i tidigare studier som genomförts i Sverige inom ämnet läkarassisterat självmord (Lindblad et al., 2008, 2009 & Lynøe et al., 2021). Enkäten som sammanställdes utifrån frågorna finns att ta del av i bilaga 3. Författarna valde att utforma enkätundersökningen i Google Forms då denna applikation bedömdes vara lättdistribuerad och användarvänlig. Frågorna modifierades något efter syftet. Dessa ändringar var av mindre art där exempel på ändring är att terminstillhörighet och tidigare verksamhetsförlagd utbildning efterfrågades snarare än specialistområde. Innan respondenterna besvarade frågorna fick de skriftlig information om begreppet läkarassisterat självmord. De fick även information om att när de i följande enkät tar ställning till det acceptabla eller oacceptabla i att förskriva läkemedel som en patient kan ta i syfte att avsluta sitt liv förutsätts det att åtgärden godkänts av Riksdagen i lag. Utöver detta antogs också att följande krav var uppfyllda: patienten befinner sig i livets slutskede och upplever sitt lidande outhärdligt, patienten har förmåga att fatta beslut och är informerad om lindrande behandlingar, patienten själv begär förskrivningen och ingen påverkan förekommer, patienten har förmåga att själv ta den förskrivna medicinen, patienten lider inte av någon behandlingsbar psykisk sjukdom, behandlande läkare känner patienten sedan en längre tid och ytterligare en läkare kontrollerar att ovanstående krav är uppfyllda.

Enkäten bestod av totalt 18 frågor, varav sex frågor besvaras med fria kommentarer. Inga av frågorna i enkäten var obligatoriska att besvara. Den första frågan behandlade om sjuksköterskestudenterna kunde acceptera att en läkare skrev ut läkemedel som en patient själv kan ta i syfte att avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt. Nästföljande fråga var om de som färdiga sjuksköterskor hade kunnat delta vid läkarassisterat självmord. Svartalternativen till dessa frågor var *ja*, *nej* och *tveksamt*. Den tredje frågan handlade om hur

sjuusköterskestudenterna tror att deras förtroende för sjukvården hade påverkats om läkarassisterat självmord vore lagligt. Denna fråga kunde besvaras med sju olika alternativ: *skulle minska mycket, skulle minska ganska mycket, skulle minska lite grann, skulle inte påverka alls, skulle öka lite grann, skulle öka ganska mycket och skulle öka mycket.*

Det förekom därefter två avsnitt i enkäten, som behandlade fyra argument *för* läkarassisterat självmord respektive fyra argument *emot* insatsen. De fyra argumenten för insatsen var följande; att respektera rätten till självbestämmande, att syftet är att minimera lidande, att respekten för patientens självbestämmande bör gå före regeln att inte skada och att andra metoder patienten kan tillgripa för att avsluta sitt liv är mer plågsamma. De fyra motargumenten var följande; att patienten inte vet sitt eget bästa, att förtroendet för vården kan äventyras, att inte skada-principen bör gå före respekten för patientens självbestämmande och att det kan skapas press på patienter som upplever att de ligger närstående till last. Respondenterna ombads att prioritera mellan dessa olika argument där svarsalternativen var följande: *väldigt viktigt, ganska viktigt, ganska oviktigt eller helt oviktigt.* Efter varje avsnitt fick respondenterna även möjlighet att ge andra skäl till grund för deras inställning. Endast ett svarsalternativ fick väljas vid varje fråga oberoende av alternativens utformning. De sex fälten för fria kommentarer gav utrymme för respondenterna att uttrycka egna tankar och funderingar kring ämnet (Bilaga 3).

Dataanalys

Kvantitativa data har bearbetats i statistikprogrammet SPSS 27 (IBM corp, 2020) och presenteras i form av deskriptiv samt analytisk statistik. Deskriptiv statistik syftar till att syntetisera och beskriva data, medan analytisk statistik syftar till att jämföra (Polit & Beck, 2017). Resultatet presenterades med deskriptiv statistik i procentform (%) samt antal (n) och analytisk statistik genom P-värde. Av de 158 besvarade enkäterna var det en enkät som hade >15 % (>3) obesvarade frågor, två enkäter där det uppgavs att de gick i termin 1-3 och fyra enkäter som inte besvarade frågan om terminstillhörighet. Dessa sju enkäter exkluderades från studien. Sammanlagt sammanställdes och analyserades 151 enkäter.

Kruskal-Wallis test användes för att jämföra ordinaldata mellan de tre terminerna och Chi-squared test användes för att analysera nominaldata, där svarsalternativen inte var möjliga

att rangordna (Kristensson, 2014). Ett P-värde $\leq 0,05$ användes för att bestämma om statistisk signifikans förelåg mellan terminerna i undersökta frågor (Kristensson, 2014). Svaren från de öppna frågorna presenteras med utvalda citat för att belysa resultatet.

Forskningsetiska avvägningar

Studien prövades av vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 27 - 21) innan enkätundersökningen distribuerades, som genom sitt utlåtande inte framförde invändningar till genomförandet av studien.

Det är viktigt att väga nytta mot risk vid studier där människor deltar (Polit & Beck, 2017). Nyttoprincipen innebär att nyttan med studien alltid ska överväga risken för skada eller obehag för deltagarna (Kristensson, 2014). Risker kan innefatta fysiskt och psykiskt obehag samt rädsla för exponering vid inlämning av känsliga uppgifter (Polit & Beck, 2017). Författarna fann inte att risken för obehag var stor då deltagandet var frivilligt och känsliga uppgifter inte inhämtats. I överensstämmelse med VENs yttrande samlades inga demografiska data in, i form av kön och ålder. Detta rekommenderas för att minimera risken för att respondenternas identitet röjs. Kravet om anonymitet innebär likaledes att insamlade data inte ska kunna leda tillbaka till någon av deltagarna, detta gäller även för författarna som inte ska känna till individer som har medverkat (Kristensson, 2014). Resultatet presenteras på gruppnivå och därför kan enskilda individer inte identifieras. Vidare har insamlade data förvarats i en lösenordsskyddad dator som endast författarna har åtkomst till.

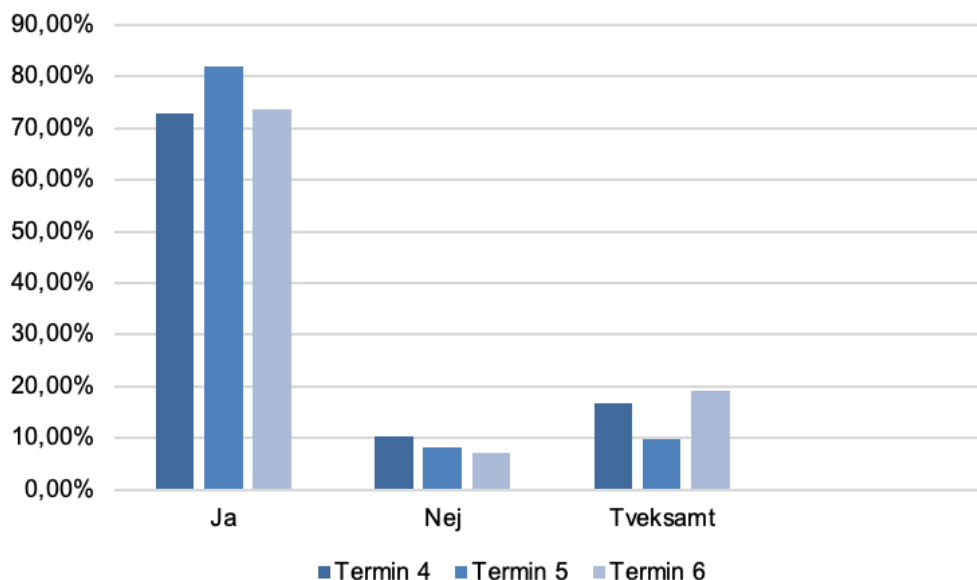
Det finns även forskningsetiska riktlinjer att följa vad gäller information och samtycke (Vetenskapsrådet, 2017). Informationen som ges bör vara anpassad efter målgruppen samt innefatta studiens syfte, kort sammanfattning av bakgrund och metod, hur data kommer hanteras samt hur studien kommer redovisas (Kristensson, 2014). Den information som gavs till programansvarig (bilaga 1) och studiedeltagarna (bilaga 2) inkluderade att det var frivilligt att delta i studien. Informerat samtycke innebär i sin tur att studiedeltagarna alltid ska lämna välgrundat samtycke inför sitt deltagande, där det vid en enkätundersökning är rimligt att detta lämnas i samband med att den besvarade enkäten skickas in (Kristensson, 2014).

Resultat

Resultatet kommer presenteras utifrån rubrikerna: *inställningar till läkarassisterat självmord*, *förtroendet för sjukvården* och *argument för/emot läkarassisterat självmord*.

Inställningar till läkarassisterat självmord

Resultatet visade att 76,8 % ($n = 116$) av studenterna var för läkarassisterat självmord, medan 8,6 % ($n = 13$) var emot och 14,6 % ($n = 22$) var tveksamma till insatsen (Tabell 1). Figur 1 visar att det var fler (82,0 %) i termin 5 som hade en positiv inställning till läkarassisterat självmord, i jämförelse med de andra terminerna; 72,9 % i termin 4 respektive 73,8 % i termin 6.



Figur 1 - Skulle Du under ovanstående villkor kunna acceptera att läkare skrev ut läkemedel som en patient själv kan ta i syfte att avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt?

Det framkom även i resultatet att 62,2 % ($n = 94$) av studenterna hade kunnat tänka sig att som legitimerade sjuksköterskor delta vid läkarassisterat självmord om detta vore legaliserat (Tabell 1). Ingen statistisk signifikans mellan terminerna påvisades gällande acceptansen för läkarassisterat självmord ($p = 0,678$) eller om de som färdiga sjuksköterskor hade kunnat delta vid insatsen ($p = 0,807$).

Kommentarer i fritext som kan bidra till en förståelse för respondenternas svar: “Jag tycker människor som är väldigt svårt och obotligt sjuka ska kunna få valet att få avsluta sitt liv på ett värdigt sätt och på deras egna villkor, istället för att behöva tyna bort som individ”. Samt: “Jag tycker absolut inte att det bör vara tillåtet att avsluta sitt liv på egen hand, inte heller med hjälp av läkaren. Det bör ske naturligt oavsett lidande då det finns palliativ medicin som kan lindra lidande. Jag hade inte kunnat jobba i framtiden med läkarassisterat självmord”.

Tabell 1 - Acceptansen för och viljan till att delta vid läkarassisterat självmord

Frågor	Alla (n 151) % (n)	T4 (n 48) % (n)	T5 (n 61) % (n)	T6 (n 42) % (n)	p*
Skulle Du under ovanstående villkor kunna acceptera att läkare skrev ut läkemedel som en patient själv kan ta i syfte att avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt?					
Ja	76,8 (116)	72,9 (35)	82,0 (50)	73,8 (31)	0,678
Nej	8,6 (13)	10,4 (5)	8,2 (5)	7,1 (3)	
Tveksam	14,6 (22)	16,7 (8)	9,8 (6)	19,0 (8)	
Om ovanstående kriterier var uppfyllda, skulle du när du blir sjuksköterska kunna delta vid läkarassisterat självmord?					
Ja	62,2 (94)	60,4 (29)	64,0 (39)	61,9 (26)	0,807
Nej	16,6 (25)	18,8 (9)	18,0 (11)	11,9 (5)	
Tveksam	21,2 (32)	20,8 (10)	18,0 (11)	26,2 (11)	

*Chi-Squared test

Förtroendet för sjukvården

I resultatet framkommer det att 39,1 % ($n = 59$) av studenterna ansåg att deras förtroende för sjukvården inte skulle påverkas alls om läkarassisterat självmord var legaliserat, medan 41,7 % ($n = 63$) av studenterna ansåg att förtroendet tvärtom skulle öka i någon grad (Tabell 2). Resterande 19,2 % ($n = 29$) av studenterna hade en mer restriktiv attityd och uppgav att förtroendet för sjukvården skulle minska i någon grad. Det förelåg ingen statistisk signifikans ($p = 0,715$) mellan terminerna gällande hur förtroendet för sjukvården skulle påverkas (Tabell 2).

En kommentar till varför förtroendet för sjukvården skulle öka motiverades bland annat med: “Förbättrad tilltro till sjukvården r/t hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap.1§”.

Tabell 2 - Hur förtroendet för sjukvården hade påverkats om läkarassisterat självmord vore lagligt

Fråga	Alla (N 151) % (n)	T4 (N 48) % (n)	T5 (N 61) % (n)	T6 (N 42) % (n)	p*
Om det skulle bli möjligt med läkarassisterat självmord under ovannämnda villkor skulle det då påverka Ditt förtroende för sjukvården?					
Skulle minska mycket	4,6 (7)	4,2 (2)	4,9 (3)	4,8 (2)	0,715
Skulle minska ganska mycket	5,3 (8)	8,3 (4)	3,3 (2)	4,8 (2)	
Skulle minska lite grann	9,3 (14)	8,3 (4)	6,6 (4)	14,3 (6)	
Skulle inte påverka alls	39,1 (59)	27,1 (13)	50,8 (31)	35,7 (15)	
Skulle öka lite grann	12,6 (19)	16,7 (8)	8,2 (5)	14,3 (6)	
Skulle öka ganska mycket	15,9 (24)	25,0 (12)	9,8 (6)	14,3 (6)	
Skulle öka mycket	13,2 (20)	10,4 (5)	16,4 (10)	11,9 (5)	

*Kruskal-Wallis test

Argument för/emot läkarassisterat självmord

Resultatet visade att det var flest respondenter (88 %) ($n = 133$) som ansåg att “respekt för patientens självbestämmande” var ett mycket viktigt argument för läkarassisterat självmord (Tabell 3). Det var även en majoritet som ansåg “att syftet är att minimera lidandet och inte primärt att korta patientens liv” samt “att andra metoder som patienten kan tillgripa för att ta sitt liv kan vara plågsamma” var mycket viktiga argument för läkarassisterat självmord. Det var 7,9 % ($n = 12$) som presenterade andra skäl för läkarassisterat självmord i fritext (Tabell 3).

Kommentarer i fritext som presenterar andra skäl för insatsen: “Jag tänker mycket utifrån principen att alla människor har rätt att äga sitt liv och även att avsluta det när livet inte längre känns meningsfullt och värt att leva. Att hålla människor vid liv till alla pris är inte etiskt... Alla har rätt till liv, men alla har faktiskt också rätt att själva säga: nej, nu räcker det med lidande för mig...”. Samt: “Jag såg många patienter i ett oändligt lidande utan slut. Som inte ville ta emot behandling och som själva uttryckte sig vara ”färdiga med livet”, bara ville dö. Det kändes oetiskt att fortsätta vårda dem mot deras vilja...”.

Tabell 3 - Argument FÖR att acceptera läkarassisterat självmord

Frågor	Alla (N 151) % (n)	T4 (N 48) % (n)	T5 (N 61) % (n)	T6 (N 42) % (n)	p*
Att respektera patientens rätt till självbestämmande					
Mycket viktigt	88,0 (133)	89,6 (43)	86,9 (53)	88,1 (37)	0,912
Ganska viktigt	11,3 (17)	10,4 (5)	13,1 (8)	9,5 (4)	
Ganska oviktigt	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	
Helt oviktigt	0,7 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,4 (1)	
Att syftet är att minimera lidandet och inte primärt att korta patientens liv					
Mycket viktigt	77,5 (117)	72,9 (35)	78,7 (48)	81,0 (34)	0,583
Ganska viktigt	20,5 (31)	22,9 (11)	19,7 (12)	19,0 (8)	
Ganska oviktigt	2,0 (3)	4,2 (2)	1,6 (1)	0,0 (0)	
Helt oviktigt	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	
Att respekten för patientens självbestämmande bör gå före regeln att inte skada					
Mycket viktigt	46,4 (70)	47,9 (23)	44,3 (27)	47,6 (20)	0,769
Ganska viktigt	42,4 (64)	45,8 (22)	42,6 (26)	38,1 (16)	
Ganska oviktigt	9,3 (14)	6,3 (3)	8,2 (5)	14,3 (6)	
Helt oviktigt	2,0 (3)	0,0 (0)	4,9 (3)	0,0 (0)	
Att andra metoder som patienten kan tillgripa för att ta sitt liv kan vara pålägsamma					
Mycket viktigt	55,6 (84)	52,0 (25)	64 (39)	47,6 (20)	0,140
Ganska viktigt	29,1 (44)	29,2 (14)	26,2 (16)	33,3 (14)	
Ganska oviktigt	10,6 (16)	14,6 (7)	9,8 (6)	7,1 (3)	
Helt oviktigt	4,6 (7)	4,2 (2)	0,0 (0)	12,0 (5)	
Andra skäl	7,9 (12)	12,5 (6)	4,9 (3)	7,1 (3)	

*Kruskal-Wallis test

I resultatet framkommer det även hur studenterna har värderat de olika argumenten emot läkarassisterat självmord (Tabell 4). Resultatet visade att flest respondenter (58,9 %) ($n = 89$) ansåg “att det kan skapa press på patienter som upplever att de ligger närstående till last” var ett mycket viktigt argument emot läkarassisterat självmord. Det var även 26,5 % ($n = 40$) som ansåg “att patienten inte vet sitt eget bästa” och 28,8 % ($n = 36$) som ansåg “att det finns risk för att förtroendet för vården äventyras” var mycket viktiga argument emot insatsen. Det var 6,6 % ($n = 10$) som presenterade andra skäl emot läkarassisterat självmord i fritext (Tabell 4).

Kommentarer i fritext som presenterade andra skäl emot insatsen: “Legalisering av läkarassisterat självmord kan sätta press på hälso- och sjukvårdspersonal att utföra något som kan vara i konflikt med deras etiska principer”. Samt: “Man vill så gärna att patienten ska somna in utan lidande men man blir också tveksam om detta letala läkemedel kan användas på fel sätt eller att vem som helst kan börja använda dem och inte bara vid livets slutskede”.

Tabell 4 - Argument EMOT att acceptera läkarassisterat självmord

Frågor	Alla (151) % (n)	T4 (48) % (n)	T5 (61) % (n)	T6 (42) % (n)	p*
Att patienter i en sådan situation inte vet sitt eget bästa					
Mycket viktigt	26,5 (40)	22,9 (11)	31,1 (19)	23,8 (10)	0,459
Ganska viktigt	39,1 (59)	45,8 (22)	36,1 (22)	35,7 (15)	
Ganska oviktigt	23,8 (36)	18,8 (9)	27,9 (17)	23,8 (10)	
Helt oviktigt	10,6 (16)	12,5 (6)	4,9 (3)	16,7 (7)	
Att det finns risk att förtroendet för vården äventyras					
Mycket viktigt	23,8 (36)	18,7 (9)	23,0 (14)	31,0 (13)	0,981
Ganska viktigt	31,1 (47)	39,6 (19)	31,1 (19)	21,4 (9)	
Ganska oviktigt	29,1 (44)	25,0 (12)	34,4 (21)	26,2 (11)	
Helt oviktigt	15,9 (24)	16,7 (8)	11,5 (7)	21,4 (9)	
Att regeln att inte skada bör gå före respekten för patientens självbestämmande					
Mycket viktigt	12,6 (19)	12,5 (6)	16,4 (10)	7,1 (3)	0,662
Ganska viktigt	21,9 (33)	22,9 (11)	16,4 (10)	28,6 (12)	
Ganska oviktigt	47,7 (72)	50,0 (24)	52,5 (32)	38,1 (16)	
Helt oviktigt	17,8 (27)	14,6 (7)	14,7 (9)	26,2 (11)	
Att det kan skapas press på patienter som upplever att de ligger närliggande till last					
Mycket viktigt	59,0 (89)	56,2 (27)	65,6 (40)	52,4 (22)	0,409
Ganska viktigt	29,1 (44)	29,2 (14)	24,6 (15)	35,7 (15)	
Ganska oviktigt	7,3 (11)	12,5 (6)	4,9 (3)	4,8 (2)	
Helt oviktigt	4,6 (7)	2,1 (1)	4,9 (3)	7,1 (3)	
Andra skäl	6,6 (10)	8,3 (4)	3,3 (2)	9,5 (4)	

*Kruskal-Wallis test

Diskussion

Diskussion av vald metod

Intern validitet

Intern validitet handlar om hur pass väl undersökningen överensstämmer med verkligheten (Kristensson, 2014). Den interna validiteten är även förknippad med att urvalet inte är representativt på grund av interna och externa bortfall. Det interna bortfallet uppstår när respondenter inte besvarat alla frågor, medan det externa bortfallet inkluderar de som delgetts enkäten men som valt att inte respondera (Kristensson, 2014).

Enkäten bestod av 18 frågor och inga av dessa frågor var obligatoriska för respondenterna att besvara. Detta medförde att inte alla enkäter var fullständigt besvarade, vilket i sin tur påverkade det interna bortfallet (Kristensson, 2014). Beslutet om att inte ha några obligatoriska frågor diskuterades av författarna som kom fram till att det då finns risk för att respondenterna avstår från att besvara enkäten helt och hållet, eftersom att det ställer krav. Vidare innehöll enkäten både slutna svarsalternativ och öppna frågor. Fördelen med slutna svarsalternativ är att de är mer tidseffektiva och lättanalyserade (Polit & Beck, 2017). Öppna frågor där respondenterna får svara i fritext kan i sin tur vara till stor hjälp vid en analys då svaren oftast är nyansrika. Det finns emellertid risk för att respondenterna har svårighet att uttrycka sig i text alternativt inte är villiga att avsätta tid för att besvara öppna frågor, vilket medför att det interna bortfallet inom respektive fråga kan bli mycket stort (Polit & Beck, 2017). Ingen av de öppna frågorna påverkade resultatet i denna studie, utan gav snarare utrymme för respondenterna att kommentera tankar och funderingar de ansåg vara av vikt. Sju (<4,5 %) av 158 enkäter exkluderades från studien då de inte uppfyllde inklusionskriterierna och därmed inte var i linje med det studien syftade till att undersöka.

Det externa bortfallet är för författarna okänt då information om hur många studenter enkäten delgivits inte varit möjligt att inhämta, eftersom enkäten förmedlades till studenterna via en mellanhand. Det går dock att anta att det externa bortfallet varit stort då enkäten distribuerades på nio lärosäten där totalt 158 studenter responderade, vilket resulterade i en svarsfrekvens på 17,5 svar per lärosäte. För att öka svarsfrekvensen kan en påminnelse

skickas ut till potentiella respondenter, men trots detta tenderar det falla bort respondenter av olika anledningar under datainsamling (Polit & Beck, 2017). Det var inte möjligt att skicka ut påminnelser till respondenterna i denna studie utan att ställa krav på den person som agerade mellanhand. Författarna valde istället att låta enkätundersökningen vara öppen under två månader vilket till följd av längre svarstid kan generera en högre svarsfrekvens (Polit & Beck, 2017). En anledning till det stora externa bortfallet kan bero på att information om studien inte nådde ut till alla studenter då det krävde att de aktivt läste lärosätes nyhetsforum eller var medlem i specifika privata Facebookgrupper.

Innan distribuering av mätinstrumentet har författarna av denna studie valt att bedöma ytvaliditeten, med bakgrund att den redan är tidigare använd i tre studier (Lindblad et al., 2008; Lindblad et al., 2009; Lynøe et al., 2021). Detta innebär att ingen statistisk beräkning har genomförts för att säkerställa validiteten, utan att mätverktyget vid ytlig anblick har gett ett gott intryck utifrån vad den avser att mäta (Kristensson, 2014). Lindblad et al. (2008) har även utvärderat instrumentet sedan tidigare genom en pilotstudie för att bedöma dess genomförbarhet. Att använda en redan färdig och testad enkät är att föredra, då det i sin tur styrker enkätens validitet (Ejlertsson, 2019). Författarna fick även den ursprungliga svenska versionen av enkäten från Lindblad vilket reducerar risken för inkorrekt tolkning vid en eventuell översättning från engelska till svenska (Kristensson, 2014).

Sjuksköterskeutbildning i Sverige ser olika ut beroende på lärosäte och mängden verksamhetsförlagd utbildning varierar mellan terminerna. Den interna validiteten i denna studie har därmed påverkats eftersom det inte går att påstå att respektive undersökta terminer är homogena grupper. Det är således inte säkert att de olika terminerna har genomfört verksamhetsförlagd utbildning i samma utsträckning och det kan därför finnas skillnader mellan de olika grupperna som är okända för författarna.

Extern validitet

Den externa validiteten handlar om i vilken utsträckning studiens resultat kan generaliseras till andra miljöer (Kristensson 2014; Polit & Beck, 2017). Det finns en risk att ett systematiskt fel (s.k. bias) har uppstått relaterat till det urval som responderat. Det går inte att utesluta att de sjuksköterskestudenter som valde att delta i studien hade en positiv inställning och intresse

av frågan om läkarassisterat självmord, och att detta var anledningen till deltagandet. De som representerar en mer restriktiv hållning valde kanske att i mindre grad delta i studien än de som finner frågan intressant, vilket kan ha resulterat i en skev bild av sjuksköterskestudenters inställning.

Författarna använde ett bekvämlighetsurval, då detta ansågs vara en lämplig strategi vid rekrytering av respondenter som ska vara inom ramen för vad studien syftar till att undersöka (Kristensson, 2014). En enkätundersökning kan emellertid öka risken för att respondenterna inte förstår frågorna som ställs om de är dåligt konstruerade, vilket kan resultera i att de hoppar över vissa frågor alternativt ger ett svar som är ogrundade till följd av bristande förståelse. Detta kan även komma påverka den externa validiteten, då studiens resultat är beroende av den miljö och det urvalet som responderat. Det innebär in sin tur att ett stort bortfall påverkar både den interna och externa validiteten (Kristensson, 2014). Den låga svarsfrekvensen i förhållande till antal sjuksköterskestudenter i Sverige medför att resultatet inte är representativt för den större populationen.

Författarna använde även analysmetoderna Kruskal-Wallis test och Chi-squared test för att se om det fanns någon statistisk signifikans, för att avgöra i vilken utsträckning resultatet är hållbart och inte beror på slumpen (Kristensson, 2014). Ingen statistisk signifikans ($p \leq 0,05$) påvisades vilket ger ytterligare en indikation på att en större population hade behövt undersökas för att resultatet skulle bli generaliserbart och representativt. Typ 2-fel kan uppstå i de fall där studier innehåller för få deltagare, vilket innebär att det egentligen finns en skillnad i populationen som inte upptäckts bland urvalet (Kristensson, 2014). Det kan inte uteslutas att ett typ-2 fel skett i denna studie, till följd av urvalets storlek.

Diskussion av framtaget resultat

Diskussion av framtaget resultat kommer göras med utgångspunkt i Kari Martinsens teori om omsorgsetik. Författarna till studien avser att diskutera de tre viktigaste fynden: *respektera patientens rätt till självbestämmande, risk när patienter upplever att de ligger närliggande till last och viljan att delta vid läkarassisterat självmord.*

Respektera patientens rätt till självbestämmande

Det framkommer i resultatet att den majoritet av studenterna som var för läkarassisterat självmord grundade detta i respekt för patientens rätt till självbestämmande, vilket innebär att agera i enlighet med patientens autonoma önskan. Respekt för patientens autonomi är i sin tur en förutsättning för personcentrerad vård (Shibata, 2017; Sullivan & Taylor, 2018; Yao, 2016). Personcentrering ligger till grund för rådande reformer inom hälso- och sjukvården, både nationellt och internationellt (Siouta & Olsson, 2020). I samband med att sjuksköterskeyrket har förändrats över tid har personcentrerad vård fått en allt mer central roll vid omvårdnad (Salmond, 2015). Idag ingår det i sjuksköterskans kärnkompetens att arbeta personcentrerat, utifrån patientens behov och resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den personcentrerade vården förutsätter tillika att respekt för patientens autonomi beaktas som den primära etiska principen vid medicinska beslut (Mapes et al., 2019).

Resultatet i aktuell studie visar att en klar majoritet av sjuksköterskestudenterna värderar patientens rätt till självbestämmande högre än inte skada-principen i frågan om läkarassisterat självmord. Det kan tänkas att sjuksköterskestudenter värderar patientens rätt till självbestämmande högt eftersom etiska principer präglar en stor del av sjuksköterskeutbildningarna, där autonomiprincipen är en av de mest grundläggande inom västerländsk sjukvård (Tuveson & Lützén, 2017). Det är även under utbildningen som sjuksköterskan utvecklar ett etiskt förhållningssätt gentemot patienten (Sandvik et al., 2015). Det är för författarna oklart huruvida sjuksköterskeutbildning i Sverige ser ut på respektive lärosäte, men i resultatet framgår det att studenter redan i termin 4 värnar om patientens rätt till självbestämmande. Detta ger en indikation på att det tidigt under sjuksköterskeutbildning i Sverige diskuteras angående autonomiprincipen och personcentrerad vård.

Till skillnad från sjuksköterskeprofessionen har läkarprofessionens större kliniskt fokus, vars första etiska regel utgår ifrån att bota sjukdom (Svenska läkarförbundet [SFL], 2017). Det finns även studier (Lindblad et al., 2008; Lynøe et al., 2021) som undersökt svenska läkares inställning till assisterat självmord där det främsta motargumentet för insatsen är inte skada-principen. Professioner inom sjukvården har olika perspektiv vid etiska resonemang, eftersom dessa bygger på olika kunskapstraditioner (Willumsen, 2016). En karaktäristisk

skillnad är att omvårdnad tar sats i att värna om människors hälsa utifrån dennes upplevelse och behov, medan medicin i hög utsträckning fokuserar på att bota sjukdom (Hanson, 2005). Martinsen (2003) beskriver att sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar gentemot patienten, där sjuksköterskan i alla vårdssituationer ska ha patientens bästa i åtanke och agera därefter. Sjuksköterskans ansvar i förhållande till patienten handlar inte bara om att vårda det faktiska hälsoproblemet, utan också om att värna patientens egna upplevelse av sitt hälsoproblem (Martinsen, 2003).

Professionernas olika värderingar kan det leda till etiska konflikter. Studier (Bartholdson et al., 2015; Oerlemans et al., 2015) har påvisat att etiska konflikter bland annat uppstår när läkare fattar behandlingsbeslut från en botande synpunkt, samtidigt som sjuksköterskor fattar beslut från en vårdande och holistisk synvinkel. Dessa etiska konflikter belyser behovet av att identifiera de värderingar som olika professioner delar, så att patienter kan få optimal vård, till exempel vid livets slutskede (Pavlish et al., 2015; Rainer et al., 2018). Interprofessionella samarbeten under utbildningen mellan sjuksköterskestudenter och läkarstudenter har visat sig bidra till en större förståelse för olika perspektiv och en mer integrerad syn kring etiska dilemman (Lin et al., 2013; Reeves et al., 2017). Det är avgörande att utveckla en ömsesidig förståelse för värderingar vid interprofessionellt samarbete i klinisk praxis, för att kunna möta multidimensionella behov hos enskilda patienter och för att effektivisera sjukvården (Engel & Prentice, 2013; Reeves et al., 2017). Det kan tillika vara av värde att utveckla framtida vårdpersonals perspektiv på autonomibegreppet genom att diskutera det i relation till etiskt svåra situationer, däribland frågan om läkarassisterat självmord. Martinsen (2003) menar nämligen att en god omvårdnad bygger på att sjuksköterskan hela tiden utvecklar sin förmåga att reflektera över vilka etiska principer som kan komma påverka omvårdnaden.

Risk när patienter upplever att de ligger närstående till last

I resultatet framgår det att majoriteten av respondenterna ansåg att det viktigaste argumentet emot läkarassisterat självmord, var risken att det kan skapa press på patienter som upplever att de ligger närstående till last. Kari Martinsen (2003) förklarar att beroendet av andra ökar i samband med att människan blir sjuk och lider. I dessa situationer kan patienten behöva en tillfällig ställföreträdare eller vårdare som ser till dennes behov. Denna roll kan intas av en

sjuusköterska alternativt anhörig. Det uppstår då en maktobalans i relationen däremellan, där den sjuke befinner sig i ett underläge till följd av en beroendeställning (Martinsen, 2003).

Studier har belyst att det inte är ovanligt att patienter upplever att de ligger sina anhöriga till last vid livets slutskede (Ganzini et al., 2002; Gudat et al., 2019; Morita et al., 2004). Det är möjligt att denna självupplevda känsla av att vara en börda egentligen grundar sig i hur den anhörige upplever situationen. Att agera som patientens vårdare och bli dennes ställföreträdare när de är svårt sjuka eller befinner sig i livets slutskede har visat sig bära med sig en enorm fysisk och känslomässig påfrestning för den anhörige (Oyebode et al., 2013). En studie (Caruso et al., 2017) beskrev att anhöriga till svårt sjuka patienter i högre grad är depressiva och upplever ofta en större börda relaterat till sjukdomen än vad patienten själv gör. Dessa känslor kan i sin tur komma påverka patientens förhållningssätt gentemot sin egen livssituation.

Det finns nämligen studier (Ganzini et al., 2002; Gudat et al., 2019; Morita et al., 2004) som visar att patienter som upplever att de ligger sina anhöriga till last i högre utsträckning önskar en påskyndad död, däribland läkarassisterat självmord. Ytterligare studier (Givens & Mitchell, 2009; Rietjens et al., 2006) har likaledes visat ett samband mellan dem som är mer benägna att stödja dödshjälp och en känsla av oro över att vara en börda för sina anhöriga i livets slutskede. I aktuell studie undersöktes inte detta samband, det är dock en tänkbar anledning som respondenterna kan ha reflekterat över utan att det framkommit i resultatet. Det finns emellertid även studier som talar emot detta samband. En studie från Schweiz (Vilpert et al., 2020) visar att en självupplevd känsla av att vara en börda inte är den främsta motivationen för att stödja läkarassisterat självmord, utan att det snarare finns en negativ korrelation däremellan. Denna negativa korrelation beskrivs vara att patienter väljer att inte önska läkarassisterat självmord då det kan orsaka en psykologisk belastning för deras anhöriga (Vilpert et al., 2020). Samtliga studier (Ganzini et al., 2002; Gudat et al., 2019; Morita et al., 2004; Vilpert et al., 2020) visar dock att anhöriga indirekt påverkar patienters självupplevda känsla av att vara en börda vid livets slutskede, och att det finns en risk att dessa personer i högre utsträckning både stödjer samt önskar läkarassisterat självmord.

För att undvika detta har psykoedukativa, beteendemässiga (Chi et al., 2016) och mindfulnessbaserade (Jaffray et al., 2016) interventioner visat sig ha en positiv inverkan på familjemedlemmar vad det kommer till att minska depression och deras upplevda börda som vårdgivare. Patienter med en självupplevd känsla av att vara en börda har även uppgett att de använder sig av copingstrategier i form av att undertrycka sina känslor, uttrycka sin tacksamhets verbalt och indikera en öppen dialog med familjemedlemmar för att nå ömsesidiga beslut om vården (Oeki & Takase, 2020). Det kan poneras att liknande interventioner som minskar anhörigas upplevda känsla av börda, även kan minska patienternas självupplevda känsla.

Viljan att delta vid läkarassisterat självmord

Resultatet i studien visar att en klar majoritet av sjuksköterskestudenterna var positiva till att delta vid läkarassisterat självmord om detta vore lagligt. Författarna har inte kunnat identifiera tidigare forskning i Sverige som undersökt sjuksköterskor eller sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord. Sjuksköterskornas etiska råd har däremot uttryckt avståndstagande till all dödshjälp (Öhlen & Rasmussen, 2018). En möjlig förklaring till varför sjuksköterskestudenterna trots detta ställt sig positiva till att delta vid läkarassisterat självmord kan vara att de är mindre erfarna och inte i samma utsträckning har situationsrelaterade argument att grunda sina åsikter i. Martinsen (2003) förklarar nämligen att praktisk erfarenhet av konkreta situationer skapar förutsättningar för att motivera etiska beslut. Det är således först när man möter de svårt sjuka patienterna som man sedan kan reflektera över omvårdnadssituationen (Martinsen, 2003). Det som talar emot detta är att det inte framgår i resultatet att de i termin 6, vilka kan antas ha mest erfarenhet utifrån studietid i jämförelse med de andra terminerna, hade en mer restriktiv hållning gentemot att delta vid läkarassisterat självmord. Detta kan bero på att sjuksköterskeutbildning i Sverige ser olika ut beroende på lärosäte, där mängden av den verksamhetsförlagda utbildningen varierar. Det kan i sin tur innebära att sjuksköterskestudenter i termin 4 på ett lärosäte har mer praktisk erfarenhet än sjuksköterskestudenter i termin 5 på ett annat lärosäte. Den praktiska erfarenheten mellan terminerna på lärosätena skiljer sig inte nödvändigtvis tillräckligt mycket för att göra skillnad mellan de olika grupperna. Det finns dock en studie som visar att

sjuksköterskestudenter med teoretisk bakgrund kring läkarassisterat självmord i högre utsträckning ställde sig positiva i frågan om en eventuell legalisering (Margalith et al., 2003). Den aktuella studien har inte undersökt detta samband, men det kan vara en möjlig förklaring till varför flest studenter i termin 5 var positivt inställda till insatsen; då de av en slump kan ha haft större kunskap kring ämnet. Det hade varit av intresse att även undersöka sjuksköterskors inställning till läkarassisterat självmord, eftersom de besitter en bredare praktisk erfarenhet och för att se om resultatet varit i enlighet med sjuksköterskornas etiska råd, samt för att möjliggöra jämförelsen av inställning mellan sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter.

Sjuksköterskestudenternas vilja att delta vid läkarassisterat självmord kan även ha påverkats av argumentet att andra metoder som patienten kan tillgripa för att ta sitt liv kan vara plågsamma. Resultatet visar att det var en majoritet av respondenterna som fann det vara ett viktigt argument för insatsen. WHO (2021) har sammanställt att självmord är den fjärde vanligaste dödsorsaken i världen, där det är 703 000 människor som dör till följd av självmord varje år och det är desto fler som begår självmordsförsök. Det är tänkbart att respondenterna som deltagit i den aktuella studien resonerat kring att de som befinner sig i livets slutskede är mer benägna att begå självmord och önska att ta slut på sitt lidande. Studier (Sullivan et al., 2018; Zaorsky et al., 2019) visar nämligen att patienter med bland annat cancer har högre risk för att begå självmord än andra. Detta kan bero på att det finns ett samband mellan cancer och depression (Nikbakhsh et al., 2014; Hartung et al., 2017), tillika har det påvisats en koppling mellan depression och självmordsförsök (Orsolini et al., 2020; Pezawas et al., 2002). De som överlever ett självmord kan lida av flertal skador därefter, däribland självförvållade skärsår, skador relaterat till fall från hög höjd samt skador runt nacke efter hängningsförsök (Al-Thani et al., 2020; Stanford et al., 2007). Läkarassisterat självmord är medicinsk praxis, som syftar till att säkerställa döden på ett sätt som självmord inte kan då det ska ske under strikta permissioner i samråd med utbildad vårdpersonal (Dugdale et al., 2019).

Slutsats och kliniska implikationer

I denna studie uppger sjuksköterskestudenter att det främsta argumentet för läkarassisterat självmord är respekt för patientens autonomi, vilket går i enlighet med den centrala roll personcentrerad vård har i svensk sjuksköterskeutbildning. Sjuksköterskestudenter värderar

autonomiprincipen högt redan i termin 4, vilket tyder på att det tidigt under utbildningen diskuteras kring personcentrerad vård och etiska principer. Olika vårdprofessionerna utgår ifrån olika kunskapstraditioner; sjuksköterskan har ett större fokus på patientens upplevda hälsa i jämförelse med läkare som har ett större kliniskt fokus på att bota sjukdom. Att arbeta interprofessionellt både under utbildning och i klinisk praxis främjar vårdens utveckling och ökar förståelsen för olika värderingar mellan vårdprofessioner, vilket i sin tur kan optimera en personcentrerad vård för patienter som befinner sig i livets slutskede.

Det finns tillika argument som förebrår läkarassisterat självmord, där ett är att det finns en risk att patienter som befinner sig i livets slutskede önskar tillgå insatsen till följd av en självupplevd känsla att de ligger närstående till last. För att det inte ska vara en anledning till att önska eller stödja läkarassisterat självmord, kan psykoedukativa, beteendemässiga och mindfulnessbaserade interventioner ha en positiv inverkan. Resultatet i studien ska tolkas med försiktighet då det låga deltagarantalet kan försvåra generalisering till hela populationen. Vidare forskning behövs för att hävda att det finns en klar majoritet för läkarassisterat självmord bland sjuksköterskestudenter i Sverige, och för att beskriva skillnaden mellan terminerna.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna till studien har båda varit likvärdigt aktiva under arbetsprocessen. Studiens utformning och innehåll har diskuterats mellan författarna och alla de större besluten har tagits gemensamt. Datainsamlingen krävde mailkontakt med lärosäten och för att samla alla inkomna svar på en plats beslutade författarna gemensamt att Ebba Stenström fick ansvara för denna kontakt. Det krävdes vid analys av data nedladdning av programmet SPSS 27 vilket gemensamt beslutades av författarna att Louise Axelsson fick ansvara för och data förvarades i denna dator. Data matades sedan gemensamt in i SPSS 27 från Google Forms för att undvika fel. Vidare har sammanställning av dataanalysen och utformning av resultat samt diskussion genomförts gemensamt.

Efterord

Vi vill framföra ett varmt tack till alla som har stöttat oss i vårt arbete med denna uppsats. Ett stort tack till de sjuksköterskestudenter som deltog i studien och gjorde den genomförbar. Vi vill även rikta ett tack till Anna Lindblad som med sin forskning inom ämnet läkarassisterat självmord inspirerat till detta arbete. Slutligen vill vi rikta ett särskilt tack till Christina Bökberg, som under arbetets gång gett värdefull handledning.

Referenser

- Alt-Epping, B., Nauck, F., & Jaspers, B. (2015). What is problematic with palliative sedation?: a review. *Ethik in der Medizin*, 27(3), 219-231. <https://doi.org/10.1007/s00481-014-0316-6>
- Ahnquist, J., Wamala, S. P., & Lindström, M. (2010). What has trust in the health-care system got to do with psychological distress? Analyses from the national Swedish survey of public health. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22(4), 250–258. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq024>
- Alvsvåg, H. (2014). Kari Martinsen: Philosophy of caring. I M.R. Alligood (Red.), *Nursing theorists and their work* (8 uppl., s.147-170). St. Lois, Missouri: Elsevier.
- Al-Thani, H., Mekkodathil, A., Consunji, R., Mollazehi, M., Ammar, A A., Parchani, A., Jogol, H., Hakim, S Y., Kanbar, A., & El-Menyar, A. (2020). Traumatic injuries associated with suicide attempts: A retrospective study from single national level 1 trauma center. *Int J Crit Illn Inj Sci*, 10(2), 92-98. https://doi.org/10.4103/IJCIIS.IJCIIS_64_19.
- Andersson, J. (2021). Staffan Bergström redo att ta strid för sin legitimation. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/03/staffan-bergstrom-redo-att-ta-strid-for-sin-legitimation/>
- Asai A, Tanida N, Ohnishi M, Yamazaki Y. (2001). Doctors' and nurses' attitudes towards experiences of voluntary euthanasia: a survey of members of the Japanese association of palliative medicine. *J Med Ethics*, 27: 324–30. doi:10.1136/jme.27.5.324
- Bartholdson, C., Lutzen, K., Blomgren, K., & Pergert, P. (2015). Experiences of ethical issues when caring for children with cancer. *Cancer Nursing*, 38(2), 125–132. <https://doi.org/10.1097/NCC>.
- Beuthin, R., Bruce, A., & Scaia, M. (2018). Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences. *Nurs Forum*, 53(4), 511-520. <https://doi.org/10.1111/nuf.12280>

Berglund, L. (2021). Staffan Bergström beredd att gå till högsta instans. *Dagens Medicin*.
<https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/juridik/lakaren-staffan-bergstrom-slipper-atal-efter-hjalp-vid-sjalvmord/>

Blomqvist, K., & Petersson, P. (2014). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s.167-191). Lund: Studentlitteratur.

Brottsbalk (SFS 2021:1015). Riksdagen.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700

Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389–402. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/09540261.2017.1288090>

Chi, N. C., Demiris, G., Lewis, F. M., Walker, A. J., & Langer, S. L. (2016). Behavioral and educational interventions to support family caregivers in end-of-life care: A systematic review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 33, 894–908.

Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(5), 10.4088/PCC.15f01840. <https://doi.org/10.4088/PCC.15f01840>

Chambaere, K., Bilsen J., Cohen J., Onwuteaka-Philipsen, BD., Mortier, F., & Deliens, L. (2010). Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ*, 182(9), 895-901. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091876>

Cohen, J., Bilsen, J., Fuscher, S., Löfmark, R., Norup, M., van der Heide, A., Miccinesi, G., & Deliens, L. (2007). End-of-life decision-making in Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland: does place of death make a difference? *J Epidemiol Community Health*, 61(12), 1062-8. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056341>.

- Davoodvand S., Abbaszadeh A., & Ahmadi F. (2016). Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*, 9(5), 1-8.
- de Veer A., Francke, A., & Poortvliet E-P. (2008). Nurses' involvement in end-of-life decisions. *Cancer Nurse*, 31(3), 222-8. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305724.83271.f9>
- Dugdale, L. S., Lerner, B. H., & Callahan, D. (2019). Pros and Cons of Physician Aid in Dying. *The Yale journal of biology and medicine*, 92(4), 747–750.
- Edblom K. (2010). Majoriteten för aktiv dödshjälp. *Aftonbladet*.
<https://www.aftonbladet.se/nyheter/article12300898.ab> (hämtad 2021-12-15).
- Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (Fjärde upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Emanuel, EJ. (2005). Depression, euthanasia, and improving end-of-life care. *J Clin Oncol*, 23(27), 6456-6458. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.06.001>.
- Engel, J., & Prentice, D. (2013). The ethics of interprofessional collaboration. *Nursing Ethics*, 20(4), 426–435. <https://doi.org/10.1177/0969733012468466>
- Ganzini, L., Silveira, M. J., & Johnston, W. S. (2002). Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. *Journal of pain and symptom management*, 24(3), 312–317.
[https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00496-7](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00496-7)
- Givens, JL., & Mitchell, SL. (2009). Concerns about end-of-life care and support for euthanasia. *J Pain Symptom Manage*, 38(2), 167-73.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.08.012.Epub>
- Gudat, H., Ohnsorge, K., Streeck, N., & Rehmann, S. C. (2019). How palliative care patients' feelings of being a burden to others can motivate a wish to die. Moral challenges in clinics and families. *Bioethics*, 33(4), 421–430. <https://doi.org/10.1111/bioe.12590>

Hall, M., Trachtenberg, F., & Dugan, E. (2005). The impact on patient trust of legalising physician aid in dying. *J Med Ethics*, 31(12), 693-697.

<https://doi.org/10.1136/jme.2004.011452>

Hanson, S. (2005). Teaching health care ethics: why we should teach nursing and medical students together. *Nurs Ethics*, 12(2), 167-176.

Hartung, T. J., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., Keller, M., Koch, U., Schulz, H., Weis, J., & Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*, 72, 46–53.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ejca.2016.11.017>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) Socialdepartementet

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ*, 182(9), 905-910.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.091881>

Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F and Deliens L. (2009). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliat Med* 23(7): 649–58. doi: 10.1177/0269216309106810

Ipsos Mori. (2015). *Public Attitudes to Assisted Dying*. <https://www.ipsos-mori.com/researchpublications/researcharchive/>

3592/Public-Attitudes-to-Assisted-Dying.aspx (hämtad 2017- 05-03).

Jaffray, L., Bridgman, H., Stephens, M., & Skinner, T. (2016). Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 30, 117–131.

Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2014). Livets slutskede. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s.179-203). Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, E., & Lützén, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s.27-44). Lund: Studentlitteratur.

Juth, N., Mattsson, T., & Lynøe, N. (2020). Intyg för assisterat döende i Schweiz väcker svåra frågor - utred patientens rättigheter i livets slut. *Läkartidningen*.

<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/etik-och-lakarroll/2020/09/intyg-for-assisterat-doende-i-schweiz-vacker-svara-fragor/>

Jönsson, J., & Paarup-Petersen, N. (2018). *Utred gråzoner i livets slutskede inklusive dödshjälp* (2018/19:1915). Stockholm: Sveriges riksdag.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/utred-grazoner-i-livets-slutskede-inklusive_H6021915

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., & Cleary, P. D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *Journal of general internal medicine*, *17*(1), 29–39.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10209.x>

Lerner, BH., & Caplan, AL. (2015). Euthanasia in Belgium and the Netherlands: on a slippery slope? *JAMA Intern Med*, *175*(10), 1640-1641.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4086>

Lidén, E. (2014). Omvårdnadens institutionella inramning. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s.135-161). Lund: Studentlitteratur.

Lin, Y. C., Chan, T. F., Lai, C. S., Chin, C. C., Chou, F. H., & Lin, H. J. (2013). The impact of an interprofessional problem-based learning curriculum of clinical ethics on medical and nursing students' attitudes and ability of interprofessional collaboration: a pilot study. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 29(9), 505–511.

<https://doi.org/10.1016/j.kjms.2013.05.006>

Lindblad, A., Löfmark, R., & Lynøe, N. (2008). Physician-assisted suicide: a survey of attitudes among Swedish physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(7), 720-726.

<https://doi.org/10.1177/1403494808090163>

Lindblad, A., Löfmark, R., & Lynøe, N. (2009). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(3), 260-264. <https://doi.org/10.1177/1403494808098918>

Lindqvist, O., & Rasmussen, B. (2014). Omvårdnad i livets slutskede. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2 uppl., s.757-791). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, K. (2021). *Ge hen rätt till dödshjälp* (2021/22:792). Stockholm: Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/ge-hen-ratt-till-dodshjalp_H902792

Lynøe, N., Juth, N., & Helgesson, G. (2010). How to reveal distinguished paternalism. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 13(1), 59-65.

<https://doi.org/10.1007/s11019-009-9218-7>

Lynøe, N., Lindblad, A., Engström, I., Sandlund, M., & Juth, N. (2021). Trends in Swedish physicians' attitudes towards physician-assisted suicide: a cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 22(86). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00652-0>

Mapes, M., DePergola, P., & McGee, W. (2019). Patient-Centered Care and Autonomy: Shared Decision-Making in Practice and a Suggestion for Practical Application in the Critically Ill. *J Intensive Care Med*, 35(11), 1352-1355.

<https://doi.org/10.1177/0885066619870458>

Margalith, I., Musgrave, CF., & Goldschmidt, L. (2003). *Journal of Nursing Education*, 42(2), 91-96. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20030201-10>

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. (2 uppl.) Oslo: Universitetsforl..

Materstvedt, L J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Boeck Gravgaard, A-M., Müller-Busch, C H., Porta i Sales, J., & Rapin, C-H. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 17(2), 97-101.

<https://doi.org/10.1191/0269216303pm673oa>

Meijer, M. (2020). *Inför aktiv dödshjälp* (2020/21:1698). Stockholm: Sveriges riksdag.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/infor-aktiv-dodshjalp_H8021698

Miccinesi, G., Rietjens, J., Deliens, L., Paci, E., Bosshard, G., Nilstun, T., Norup, M., & van der Wal, G. (2006). Continuous Deep Sedation: Physicians' Experiences in Six European Countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 122-129.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.004>

Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y, Morita, T., Sakaguchi, Y., Hirai, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2004). Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *Journal of Pain & Symptom Management*, 27(1), 44–52.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jpainsymman.2003.05.001>

Musgrave CF, Margalith I, Goldsmidt L. (2001). Israeli oncology and nononcology nurses' attitudes towards physician-assisted dying: a comparison study. *Oncol Nurs Forum* 28(1): 50–7.

Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian journal of internal medicine*, 5(3), 167–170.

Oeki, M., & Takase, M. (2020). Coping Strategies for Self-perceived Burden Among Advanced Cancer Patients. *Cancer nursing*, 43(6), E349–E355.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000723>

Oerlemans, A. J. M., Van Sluisveld, N., Van Leeuwen, E. S. J., Wollersheim, H., Dekkers, W. J. M., & Zegers, M. (2015). Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: A qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0001-4>

Oyebode, J. R., Smith, H. J., & Morrison, K. (2013). The personal experience of partners of individuals with motor neuron disease. *Amyotrophic lateral sclerosis & frontotemporal degeneration*, 14(1), 39–43. <https://doi.org/10.3109/17482968.2012.719236>

Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry investigation*, 17(3), 207–221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>

Pavlish, C. L., Hellyer, J. H., Brown-Saltzman, K., Miers, A. G., & Squire, K. (2015). Screening situations for risk of ethical conflicts: A pilot study. *American Journal of Critical Care*, 24(3), 248–256. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015418>

Pesut, B., Thorne, S., Schiller, C., Greig, M., Roussel, J. (2020). The rocks and hard places of MAiD: a qualitative study of nursing practice in the context of legislated assisted death. *BMC Nursing*, 19(12). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0404-5>

Pezawas, L., Stamenkovic, M., Jagsch, R., Ackerl, S., Putz, C., Stelzer, B., Moffat, R. R., Schindler, S., Aschauer, H., & Kasper, S. (2002). A longitudinal view of triggers and thresholds of suicidal behavior in depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(10), 866–873. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1003>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9 uppl.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

- Rada, A-G. (2021). Spain will become the sixth country worldwide to allow euthanasia and assisted suicide. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n147. <https://doi.org/10.1136/bmj.n147>
- Radbruch, L., Leget, C., & Bahr, P. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 30(2), 104-116. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Radlovacki, N. (2021). Österrike säger ja till assisterat självmord. *SVT nyheter*. <https://www.svt.se/nyheter/utrikes/osterrike-sager-ja-till-assisterat-sjalvmord>
- Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3446–3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858>
- Rietjens, JA., van der Maas, PJ., Onwuteaka-Philipsen, BD., van Delden, JJ., & van der Heide, A. (2009). Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *J Bioeth Inq*, 6(3), 271-283. <https://doi.org/10.1007/s11673-009-9172-3>
- Rietjens, J., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B., van der Maas, P., & van der Wal, G. (2006). Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. *Palliat Med.*, 20(7), 685-92. <https://doi.org/10.1177/0269216306070241>
- Rätten till en värdig död (RTVD). (u.å.). <http://www.rtv.d.nu>
- Salmond S. (2015). Nurses leading change: The time is now! In Forrester D. A. (Ed.), *Nursing's greatest leaders: A history of activism* (Chap. 12). New York, NY: Springer
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken etik för vårdande yrken*. Johanneshov: MTM.

Sandvik, A.-H., Eriksson, K., & Hilli, Y. (2015). Understanding and becoming - the heart of the matter in nurse education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 62–72.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12128>

Sari, D., Baysal, E., Celik, G. G., & Eser, I. (2018). Ethical Decision Making Levels of Nursing Students. *Pakistan journal of medical sciences*, 34(3), 724–729.
<https://doi.org/10.12669/pjms.343.14922>

Schulte, F. (2017). *Rätt till en värdig död* (2017/18:3440). Stockholm: Sveriges riksdag.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/ratt-till-en-vardig-dod_H5023440

Siouta, E., & Olsson, U. (2020). Patient Centeredness from a Perspective of History of the Present: A Genealogical Analysis. *Global Qualitative Nursing Research*, 1–10.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/2333393620950241>

Shibata, B. (2017). An Ethical Analysis of Euthanasia And Physician-Assisted Suicide: Rejecting Euthanasia And Accepting Physician-Assisted Suicide with Palliative Care. *Journal of Legal Medicine*, 37:155–166. <https://doi.org/10.1080/01947648.2017.1303354>

Sprung, C. L., Somerville, M. A., Radbruch, L., Collet, N. S., Duttge, G., Piva, J. P., Antonelli, M., Sulmasy, D. P., Lemmens, W., & Ely, E. W. (2018). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective. *Journal of Palliative Care*, 33(4), 197–203. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0825859718777325>

Statens medicinsk-etiska råd (2017). *Dödshjälp - En kunskapssammanställning* (SMER rapport, 2017:2). Stockholm: Elanders Sverige AB.
<https://smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-Dödshjälp-En-kunskapssammanställning.pdf>

Statens medicinsk-etiska råd. (2008). *Avgöranden i livets slutskede*.
<https://smer.se/2008/11/13/skrivelse-avgoranden-i-livets-slutskede/>

Statens medicinsk-etiska råd (1992). Eutanasi - en debattskrift (1:1 uppl.). Stockholm: Gotab.
<https://www.smer.se/wp-content/uploads/1992/04/Eutanasi.pdf>

Stanford, R. E., Soden, R., Bartrop, R., Mikk, M., & Taylor, T. K. (2007). Spinal cord and related injuries after attempted suicide: psychiatric diagnosis and long-term follow-up. *Spinal cord*, 45(6), 437–443. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3102043>

Strang, S., Bergh, I., Ek, K., Hammarlund, K., Prahl, C., & Westin, L. (2014). Swedish nursing students' reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients. *International journal of palliative nursing*, 20(4), 194-200.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.4.194>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård - förtydligande och konkretisering av begrepp* (Artikelnummer 2018-8-6). Stockholm: Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7). Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20117-om-livsuppehallande-behandling/>

Stensmyren H. (2015). Satsa på palliativ vård – inte dödshjälp. *Läkartidningen*.
<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Signerat/2015/10/Satsa-pa-palliativ-vard--inte-dodshjalp-Satsa-pa-palliativ-vard--inte-dodshjalp/> (hämtad 2021-12-15)

Sullivan, M D. & Taylor, M R. (2018). The Ethical Landscape of Assisted Suicide: A Balanced Analysis. *Ethics & Medicine*, 34(1), 49-57.

Sullivan, D. R., Forsberg, C. W., Golden, S. E., Ganzini, L., Dobscha, S. K., & Slatore, C. G. (2018). Incidence of Suicide and Association with Palliative Care among Patients with Advanced Lung Cancer. *Annals of the American Thoracic Society*, *15*(11), 1357–1359. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201805-299RL>

Tu vesson, H., & Lüt zén, K. (2017). Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nursing Ethics*, *24*(7), 847–855. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0969733015626602>

The Associated Press (5 november 2021). Portugal's parliament backs revised bill allowing euthanasia. *ABC News*. <https://abcnews.go.com/Health/wireStory/portugals-parliament-backs-revised-bill-allowing-euthanasia-80991397>

van der Lee, ML., van der Bom, JG., Swarte, NB., Heintz, AP., de Graeff, A., & van den Bout, J. (2005). Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *J Clin Oncol*, *23*(27), 6607-6612. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.14.308>.

Vetenskapsrådet (2017). *God Forskningsed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Vilpert, S., Borrat-Besson, C., Domenico Borasio, G., & Maurer, J. (2020). Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland. *PLoS One*, *(15)*4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232109>

Wadbring I. (2009). En fråga om liv och död; Inställningen till aktiv dödshjälp i Sverige. I Holmberg S och Weibull L (red.), *Svensk höst*, 111-118. SOM-institutet. http://som.gu.se/digitalAssets/1294/1294498_hela_boken.pdf (hämtad 2017-06- 01).

Westerholm, B., Forssell, J., Nordquist, L. & Acketoft, T. (2019). *Utredning om dödshjälp* (2019/20:2094). Stockholm: Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/_H7022094

- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. In E. Willumsen & A. Ødegård (Eds.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (2. oppl., s. 33–52). Universitetsforlaget.
- Wilson, M., Oliver, P., & Malpas, P. (2019). Nurses' views on legalising assisted dying in New Zealand: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *89*, 116-124.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.012>
- World Medical Association (2019). WMA Declaration on Euthanasia and Physician-assisted Suicide.
<https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>
- World Medical Association (2021). Suicide.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yao, T. (2016). Can we limit a right to physician-assisted suicide? *The National Catholic Bioethics Center*, *16*(3), 385-392. <https://doi.org/10.5840/ncbq201616336>
- Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliative Care*, *14*(60).
<https://doi.org/10.1186/s12904-015-0058-3>
- Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature communications*, *10*(1), 207.
<https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- Öhlén, J., & Rasmussen, B. (2018). *Livshjälp och dödshjälp - ett diskussionsunderlag*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314ab/1584004820498/livshjäl%20och%20dödshjäl%20ett%20diskussionsunderlag.pdf>

Bilaga 1 (3)

Till programdirektör

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: Läkarassisterat självmord - en enkätundersökning bland Sveriges sjuksköterskestudenter.

Hej!

Våra namn är Louise Axelsson och Ebba Stenström och vi är studenter på sjuksköterskeprogrammet vid Lunds universitet. Vi planerar att genomföra en studie till vår kandidatuppsats som undersöker sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord då det saknas kunskap i denna fråga. Vi vänder oss till Er för att efterhöra möjligheten att utföra studien på sjuksköterskestudenter vid ert lärosäte.

Att arbeta kliniskt som sjuksköterska innebär bland annat att möta patienter i livets slutskede där samtal om döden inte sällan förekommer.

En kvantitativ undersökning på sjuksköterskestudenter planeras för att öka kunskapen om sjuksköterskestudenters inställningar till läkarassisterat självmord. Där ett icke-slumpmässigt bekvämlighetsurval av sjuksköterskestudenter som är i den andra halvan av sin utbildning i termin 4-6 kommer att användas. Exklusionskriterierna är sjuksköterskestudenter vid Lunds universitet för att undvika jäv då vi som författare är studenter vid detta lärosäte. Om Ni medger att sjuksköterskestudenter vid ert lärosäte medverkar i vår studie behöver vi även få information om vem som kan hjälpa oss att förmedla vår enkät till berörda studenter. Andra lärosäten har lagt ut studien via deras nyhetsforum. De studenter som är intresserade av att delta i studien kan via en länk ta del av den digitala enkäten som automatiskt skickas i retur till oss författare. Vi vill framhålla att studien genomförs på frivillig grund och är anonym.

Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) har inte haft något att invända emot att den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning,

Louise Axelsson
Studerande på
sjuksköterskeprogrammet
e-post: lo5640ax-s@student.lu.se

Ebba Stenström
Studerande på
Sjuksköterskeprogrammet
e-post: eb8871st-s@student.lu.se

Handledare
Christina Bökberg
Universitetsadjunkt
Postadress: Margaretavägen 1B, 22240,
Lund, Sverige
e-post: christina.bokberg@med.lu.se

Bilagor

1. **Medgivandeblankett**

Läkarassisterat självmord - en enkätundersökning bland Sveriges sjuksköterskestudenter

Hej!

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Efter godkännande från programdirektören vid ditt lärosäte har dina uppgifter tilldelats oss i syfte att undersöka framtida sjuksköterskors inställning till läkarassisterat självmord, som är i den andra halvan av sin utbildning i termin 4-6.

Våra namn är Louise Axelsson och Ebba Stenström och vi är studenter på sjuksköterskeprogrammet vid Lunds universitet. Vi planerar att genomföra en studie till vår kandidatuppsats med det övergripande syftet att undersöka Sveriges sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord. De specifika frågeställningarna som enkäten syftar till att besvara är sjuksköterskestudenters inställning till, samt deras inställning till att delta vid läkarassisterat självmord om detta vore lagligt och etablerad praxis samt sjuksköterskestudenters uppfattning om förtroende för hälso-sjukvården hade påverkats om läkarassisterat självmord vore tillåten.

Sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord är av intresse att undersöka i en svensk kontext då det är ett aktuellt och omdebatterat ämne. Studenterna kan i framtiden behöva ta ställning till legaliseringen av läkarassisterat självmord och agera som patientens advokat i frågan. Det finns idag ingen befintlig forskning som författarna kunnat identifiera i Sverige som undersöker hur sjuksköterskestudenter ställer sig i frågan. Denna studie kan komma att ge insikt i frågan och indikera om vidare studier som undersöker frågan mer omfattande vore passande.

Studien kommer att genomföras med hjälp av ett digitalt frågeformulär där du delges mer om läkarassisterat självmord och vad det innebär. Om Du accepterar att delta ber vi Dig att besvara frågorna i bifogat digitalt formulär så fullständigt som möjligt och skicka in enkätundersökningen digitalt efter genomförandet.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför. Studien ingår som ett examensarbete i sjuksköterskeprogrammet på Lunds Universitet. Vi vill framhålla att studien är anonym.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning,

Louise Axelsson
Studerande på
sjuksköterskeprogrammet
e-post:
lo5640ax-s@student.lu.se

Ebba Stenström
Studerande på
sjuksköterskeprogrammet
e-post:
eb8871st-s@student.lu.se

Handledare
Christina Bökberg
Universitetsadjunkt
e-post:
christina.bokberg@med.lu.se

Läkarassisterat självmord - en enkätundersökning bland Sveriges sjuksköterskestudenter

Vad anser Du om så kallat läkarassisterat självmord?

Det händer att patienter, som lider av obotliga sjukdomar och som närmar sig livets slutskede, vill få hjälp med att avsluta livet. Patienten kan då exempelvis fråga sin läkare om denna kan tänka sig att skriva ut läkemedel med vars hjälp patienten själv kan ta sitt liv - man talar då om läkarassisterat självmord. *Läkarassisterat självmord* kan alltså förklaras som en aktion som i linje med assisterat döende innebär att en läkare avsiktligt hjälper en person att begå självmord genom att tillhandahålla droger för självadministration, efter personens frivilliga och kompetenta begäran.

Läkarassisterat självmord är i Sverige inte klassat som ett brott men sjukvårdspersonal riskerar att förlora legitimation vid medhjälp, då det inte är förenligt med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017). Frågan om läkarassisterat självmord har aktualiserats bl.a. med anledning av att patienter från Sverige idag har möjlighet att åka till Schweiz och där få den önskade hjälpen men även då den svenske läkaren Staffan Bergström år 2020 assisterade ett självmord och riskerar idag till följd av detta att förlora sin legitimation. Sjuksköterskestudenters inställning till läkarassisterat självmord är viktigt att undersöka, då de som färdiga sjuksköterskor kan behöva agera som patientens advokat i frågan och vid en eventuell legalisering i framtiden delta vid insatsen i syfte att stödja patienten.

Vi är därför intresserade av att undersöka hur Du, som är i den andra halvan av din utbildning i termin 4-6, ställer Dig till frågan.

Med vänliga hälsningar

Ebba Stenström & Louise Axelsson

När Du i det följande tar ställning till det acceptabla eller oacceptabla i att förskriva läkemedel som en patient kan ta i syfte att avsluta sitt liv förutsätter vi oss att åtgärden godkänts av Riksdagen i lag.

Utöver detta antas också att följande krav är uppfyllda:

- Patienten befinner sig i livets slutskede och upplever sitt lidande outhärdligt,
- patienten har förmåga att fatta beslut och är informerad om lindrande behandlingar,
- patienten själv begär förskrivningen och ingen påverkan förekommer,
- patienten har förmåga att själv ta den förskrivna medicinen,

- patienten lider inte av någon behandlingsbar psykisk sjukdom,
- behandlande läkare känner patienten sedan en längre tid,
- ytterligare en läkare kontrollerar att ovanstående krav är uppfyllda.

1) Skulle Du under ovanstående villkor kunna acceptera att läkare skrev ut läkemedel som en patient själv kan ta i syfte att avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt?

Ja
Nej
Tveksamt

2) Om ovanstående kriterier var uppfyllda, skulle du när du blir sjuksköterska kunna delta vid läkarassisterat självmord?

Ja
Nej
Tveksamt

3) Om det skulle bli möjligt med läkarassisterat självmord under ovannämnda villkor skulle det då påverka *Ditt* förtroende för sjukvården:

- Skulle minska mycket
- Skulle minska ganska mycket
- Skulle minska lite grann
- Skulle öka lite grann
- Skulle öka ganska mycket
- Skulle öka mycket
- Skulle inte påverkas alls

Kommentar:

Det följer nu en rad skäl för att acceptera läkarassisterat självmord - efterföljande av skäl mot. Vi ber Dig ta ställning till vilka Du anser viktiga/oviktiga, och sist vilket argument Du anser väger tyngst?

4) Att respektera patientens rätt till självbestämmande
Mycket viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

5) Att syftet är att minimera lidandet och inte primärt att korta patientens liv
Väldigt viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

6) Att respekten för patientens självbestämmande bör gå före regeln att inte skada
Väldigt viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

7) Att andra metoder som patienten kan tillgripa för att ta sitt liv kan vara plågsamma
Väldigt viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

8) Andra skäl:

9) Vilken av ovanstående skäl (4-8) anser Du väger tyngst:

Kommentarer:

Det följer nu en rad argument/skäl emot att acceptera läkarassisterat självmord. Vi ber Dig ta ställning till vilka Du anser för viktiga/oviktiga, och sist vilket argument Du anser väger tyngst?

10) Att patienter i en sådan situation inte vet sitt eget bästa
Väldigt viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

11) Att det finns risk att förtroendet för vården äventyras
Väldigt viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

12) Att regeln att inte skada bör gå före respekten för patientens självbestämmande
Väldigt viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

13) Att det kan skapas press på patienter som upplever att de ligger närstående till last
Väldigt viktigt. Ganska viktigt. Ganska oviktigt. Helt oviktigt.

14) Andra skäl:

15) vilket av ovanstående skäl (10-14) anser Du väger tyngst:

Kommentarer:

Till sist några frågor om Dig själv:

Termin:

Inom vilket område den somatiska praktiken genomfördes:

Övriga kommentar:

Tack för Din medverkan!