



Natalie Bjurling och Sandra Jörgenstam

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, HT2017

Grundnivå

Handledare: Henrik Lerner

Examinator: Malin Lövgren

Sjuksköterskans erfarenheter av dödshjälp

En litteraturöversikt

Nurses' experience of euthanasia

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund

Dödshjälp är ett debatterat ämne som berör sjuksköterskans arbetsuppgifter. Flera länder och stater har legaliserat dödshjälp. Dödshjälp kan ses som ett sätt att respektera patientens önskemål, att lindra lidande och bevara värdighet. Det kan även ställas mot vårdpersonalens egen autonomi eller ICN:s etiska kod som menar att sjukvårdens uppgift är att bota sjukdom och inte skada patienten. Vårdpersonal beskriver svårigheter i att hantera situationer där dessa komponenter på olika sätt ställs emot varandra.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med dödshjälp.

Metod

En litteraturöversikt i enlighet med Friberg genomfördes. Resultatet byggde på tio originalartiklar som togs fram genom systematisk sökning. Analysen genomfördes genom tematisering och färgkodning.

Resultat

Arbetet med dödshjälp upplevdes olika beroende på vilken typ av dödshjälp som genomfördes, patientens och anhörigas upplevelser, deltagandet i beslutsfattandet, etiska koder och lagar som gällde samt sjuksköterskornas egna värderingar och erfarenheter. Detta ledde till både positiva och negativa upplevelser för sjuksköterskan. Dessa upplevelser kunde också hanteras genom formellt eller informellt stöd, vilket i sin tur bidrog till sjuksköterskans upplevelser.

Diskussion

Resultatet diskuteras utefter Travelbees teori om den mellanmännsliga relationen och hur vårdandet utan roller kan bidra till en bättre vård, men även påverka sjuksköterskans upplevelser av vården. Dessutom diskuteras om hur sjuksköterskans egna värderingar och erfarenheter påverkar upplevelserna i vården.

Nyckelord

Dödshjälp, eutanasi, dubbla effekten, läkarassisterad suicid, sjuksköterska, upplevelser.

Abstract

Background

Euthanasia is a debated subject that concerns nurses' duties. Several countries and states have legalized euthanasia. Euthanasia can be seen as a way of respecting patients wishes, relieving suffering and preserving dignity. However, it can also be considered against healthcare personnels own autonomy or ICN ethical code, which means that the health care task is to cure and not harm the patient. Healthcare professionals describe difficulties in dealing with situations where these components differ in a variety of ways.

Aim

The aim of the study was to highlight nurses' experiences of working euthanasia.

Method

A literature review according to Friberg was conducted. The result is based on ten original articles that were obtained through systematic search. The analysis was conducted by thematization and color-coding.

Results

Working with assistens in death was experienced differently depending on the type of euthanasia that was carried out, the experiences of patients and relatives, participation in decision making, ethical codes and laws, as well as nurses' own values and experiences. This led to both positive and negative experiences for the nurse. These experiences could also be managed through formal or informal support, which in turn contributed to nurses' experiences.

Discussion

The discussion is based on Travelbees theory of interpersonal relationships and how care without rolls can contribute to better care, but also affect nurses' experiences of care. In addition, there is discussion about how nurses own values and understandings affect experiences in health care.

Keyword

Euthanasia, double-effect, physician-assisted suicide, nurse, experiences.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 AUTONOMI OCH DELAKTIGHET I VÅRDEN	1
2.2 ICN:S ETISKA KOD	2
2.3 DEFINITIONER	2
2.4 DÖDSHJÄLPENS LEGALA STATUS	4
2.5 ATTITYDER GENTEMOT DÖDSHJÄLP	5
2.6 PROBLEMFÖRMULERING	5
3. SYFTE	6
4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	6
5. METOD	7
5.1 DATAINSAMLING	7
5.2 URVAL	8
5.3 ANALYS	8
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
7. RESULTAT	9
7.1 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
7.1.1 <i>Motstridiga känslor</i>	9
7.1.2 <i>Inte skada och lindra lidande</i>	9
7.1.3 <i>Sjuksköterskans egna värderingar</i>	10
7.2 SJUKSKÖTERSKAN I VÅRDTEAMET	11
7.2.1 <i>Delaktighet i beslutsprocessen</i>	11
7.2.2 <i>Sjuksköterskan som medlare</i>	12
7.3 SJUKSKÖTERSKE-PATIENT/ANHÖRIG RELATIONEN	12
7.3.1 <i>Relationen till patienten</i>	12
7.3.2 <i>Anhörigrelationen</i>	13
7.4 HANTERA UPPLEVELSER I DÖDSHJÄLPSPROCESSEN	13
7.4.1 <i>Samtalsstöd</i>	13
7.4.2 <i>Skilja på den professionella och privata rollen</i>	14
8. DISKUSSION	15
8.1 METODDISKUSSION	15
8.2 RESULTATDISKUSSION	16
9. KLINISKA IMPLIKATIONER	21
10. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	21

11. SLUTSATS.....	21
12. REFERENSFÖRTECKNING.....	23
BILAGA 1 SÖKMATRIS	26
BILAGA 2 RESULTATMATRIS.....	27

1. Inledning

Patientens autonomi och delaktighet i vården utgör idag ett fundament i lagtexter, etiska koder och normer både nationellt och internationellt (Eldh, 2014). Detta gör att patienten själv har rätt att välja att avsäga sig behandlingar. Dödshjälp i form av att avsluta eller avsäga sig behandling är därför ett val som patienter har i Sverige idag (Svenska läkaresällskapet, 2007). Dock kommer autonomi i konflikt med vårdens uppgift att lindra lidande och främja hälsa när det kommer till aktiv dödshjälp och läkarassisterad suicid, som inte är tillåtet i Sverige. Vi har läst att allt fler länder i olika delar av världen öppnar upp för aktiv dödshjälp eller läkarassisterad suicid (Ejd, 2017, 1 mars). Vi har även följt debatten om att införa läkarassisterad suicid i Sverige, som inte lett fram till ett ställningstagande hos regeringen i dagsläget. Detta ledde fram till reflektioner om vad vi kan förvänta oss behöva genomföra och genomgå i vår roll som sjuksköterskor i framtiden. Om beslut att legalisera läkarassisterad suicid genomförs i Sverige kan det påverka sjuksköterskans upplevelser i sin yrkesroll.

2. Bakgrund

I detta avsnitt sammanställs kunskap om dödshjälp. För att få förståelse för den komplexa debatten som ämnet berör, förklaras autonomi och ICN:s etiska kod, som båda anses vara viktiga argument i debatten om dödshjälp. Det innefattar även definitioner av begrepp, den aktuella legala statusen i olika länder samt attityder gentemot dödshjälp utifrån olika perspektiv.

2.1 Autonomi och delaktighet i vården

Autonomi handlar om människans förmåga och möjlighet att styra över sitt eget liv samt kunna leva det liv som individen själv väljer (Sandman & Kjellström, 2015). Genom att låta personer agera fritt inom ett område eller ge stöd och utrymme till personen att handla fritt inom området, kan autonomi respekteras. På så sätt ska vårdpersonal så långt som möjligt låta patienten välja mellan de alternativ som finns att tillgå. Genom rådgivning och information ska patienten bli en bättre beslutsfattare över sin egen vård. Dessutom finns en diskussion om att inte bara låta patienten välja mellan klara alternativ, utan även få vara med och utforma dessa. Frågan som då uppstår är vart gränsen går och hur mycket patienten har rätt att bestämma. En gräns kan anses vara när andras autonomi påverkas, detta kan vara anhörigas eller vårdpersonalens autonomi. En annan gräns är den så kallade paternalismen där gränsen för autonomi går vid patientens eget bästa, för att patienten inte ska skadas. För att

kunna agera paternalistiskt krävs att patienten är autonom och att det finns en autonomi att inkräkta på. Att agera paternalistiskt kan vara etiskt försvarbart, men det beror på vad som står på spel. Om autonomin är försvarbar borde detta leda till att suicidförsök stoppas, eftersom patienten då försöker skada sig själv vilket kan komma att försämra möjligheterna att utöva sin autonomi i framtiden. I enlighet med paternalismen kan det även vara försvarbart att hindra en patient från att ta sitt liv om det finns behandling som gör att patienten inte kommer fortsätta leva under de omständigheter som orsakar viljan att ta sitt liv (Sandman & Kjellström, 2015). Det finns dock en laglig rätt för patienten att neka vård, som måste respekteras (Socialstyrelsen, 2011). Patienter som efterfrågade dödshjälp associerade ofta livet med fysiska symtom som smärta, andfåddhet och trötthet (Hendry et al., 2002). Dödshjälp kunde vara ett sätt att lindra lidande och bevara värdighet. Att patienten fick autonomin respekterad kunde leda till en känsla av kontroll och ett sätt att undvika lidande.

2.2 ICN:s etiska kod

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod (2012) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Vidare beskrivs att respekt för mänskliga rättigheter, rätten till liv, det egna valet och ett respektfullt bemötande ligger i vårdandets natur. ICN:s etiska kod har i uppgift att samla alla världens sjuksköterskor till ett gemensamt förhållningssätt. Eftersom alla beslut har en etisk dimension och sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar för sina beslut, kan koden vara vägledande för sjuksköterskan. Vidare beskrivs att de etiska frågeställningarna inom vården blir allt fler och mer svårbedömda. Därför beskrivs det som viktigt att varje enskild sjuksköterska hittar ett eget förhållningssätt till den etiska koden.

ICN:s etiska kod innefattar även att sjuksköterskan uppträder på så sätt att allmänhetens förtroende till professionen ökar, sjuksköterskan bidrar till en vårdkultur som främjar ett etiskt förhållningssätt, medverkar aktivt till att upprätthålla omvårdnadens värdegrund samt bidrar till en etisk organisation som tar ställning mot oetiska metoder och förhållningssätt (ICN, 2012).

2.3 Definitioner

Nedan presenteras definitioner av övergripande begrepp som kommer användas i översikten. Först presenteras en kort redogörelse för begreppen *erfarenhet och upplevelse*, efter detta löper *dödshjälpsbegrepp* och dess definition som vidare kommer gälla för översikten.

2.3.1 Erfarenhet och upplevelse

Erfarenhet innebär kunskap om något som man erfarit (Svenska akademins ordbok, 2011). Erfarenhet är både processen att inhämta kunskap och förvärva den (Nationalencyklopedin, 2017c). En upplevelse är en erfarenhet men av särskilt slag till exempel; det var en upplevelse att samtala med patienten om dödshjälp (Svenska akademins ordlista, 2015). På detta sätt är erfarenhet och upplevelser länkade ihop då det genom upplevelser av olika slag skapas erfarenheter. Vidare i denna översikt kommer *erfarenhet* betyda kunskap om något som man varit med om och *upplevelser* kommer att behandlas som en erfarenhet av särskilt slag.

2.3.2 Dödshjälpbegrepp

Det finns många olika typer av dödshjälp och många olika definitioner av begreppen. I denna översikt kommer begreppet *dödshjälp* användas generellt som ett paraplybegrepp för alla nedanstående definitioner. De övriga definitionerna kommer användas i en mer specifik kontext.

Aktiv dödshjälp är när vårdpersonal utför en händelse som leder till ett förkortat liv för en person med obotlig sjukdom och som endast utförs av den avsikten (Nationalencyklopedin, 2017d). Det sker exempelvis när en sjuksköterska injicerar en dödlig dos läkemedel i patienten i syfte att patienten ska dö (Ersek, 2005).

Dubbla effekten betyder att vårdpersonal i syfte att symtomlindra en patient som är svårt sjuk ger en dos läkemedel som leder till bieffekter vilka påskyndar döden (Nationalencyklopedin, 2017d).

Läkarassisterat självmord eller *läkarassisterat suicid* betyder att läkaren skriver ut en dödlig dos läkemedel som patienten intar själv (Nationalencyklopedin, 2017a). Syftet med att tillhandahålla patienten läkemedlet ska vara att patienten ska genomföra suicid på grund av obotlig sjukdom, för att det ska kallas läkarassisterad suicid.

Att *avsluta eller avsäga sig livsuppehållande behandling* betyder enligt Ersek (2005) att patienten avsägar sig exempelvis hjärtlungräddning, respirator, antibiotika eller liknande livsuppehållande åtgärder. Det kan också betyda att behandlingen avslutas. Detta kan i sin tur leda till att patientens liv förkortas (Nationalencyklopedin, 2017b). Termer som *passiv eutanasi* har i vissa sammanhang använts för denna typ av dödshjälp, och det är den form som används fortsättningsvis i översikten.

2.4 Dödshjälpens legala status

Sjukvårdens uppgift är att återställa och främja hälsa samt värna om patientens liv (Socialstyrelsen, 2011). När en patients liv inte längre kan räddas har vården i uppgift att lindra lidande och förbättra livskvaliteten. Att lindra smärta och andra symtom blir centralt och det bör övervägas om behandlingar som inte kan bota bidrar till symtomlindring. Det kan annars finnas behov av att avsluta behandling. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen (Patientlag, SFS 2014:821, kap 3-7) belyser även patientens rätt till självbestämmande och att vården ska ske i samråd med patienten (Socialstyrelsen, 2011). Detta betyder att vårdpersonal inte har rätt att ge behandling som patienten avsäger sig, även om den är livsuppehållande. Vårdkontakten ska försäkra sig om att patienten och anhöriga fått individuellt anpassad information och patienten ska dessutom genomgå en psykisk bedömning. Om patienten dör i passiv eutanasi är det då på grund ut av en uttrycklig begäran och patientens egen vilja. Syftet är därför att tillgodose denna vilja och inte att ta patientens liv.

Aktiv dödshjälp är inte tillåtet i Sverige, även om patienten önskar detta, det likställs med mord och dråp (Socialstyrelsen, 2011). Läkarassisterad suicid är inte straffbart enligt svensk lag. Det strider dock mot hälso- och sjukvårdens uppgift om att lindra och bota sjukdomar och skador i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Läkarassisterad suicid kan därför leda till indragning av legitimationen.

Aktiv dödshjälp är idag lagligt i Nederländerna, Belgien och Luxemburg (Pereira, 2011). I Nederländerna och Luxemburg är även läkarassisterad suicid lagligt. Endast läkarassisterad suicid är tillåtet i Schweiz, Kanada och i fem delstater i USA (Oregon, Washington, Montana, Vermont och Kalifornien) (Emanuel, Onwuteaka-Philipsen, Urwin & Cohen, 2016). Olika riktlinjer finns beroende på vilket land och vilken typ av dödshjälp man talar om. Nedan följer exempel på olika riktlinjer i länder med olika former av dödshjälp.

I Belgien är aktiv dödshjälp lagligt sedan 2002, på begäran från en kompetent och medveten person (Saad, 2017). Begäran ska bero på ett outhärdligt lidande, som kan vara både fysisk och psykiskt. Förfrågan ska vara frivillig, övervägd och upprepad. Läkaren ska vara säker på att beslutet inte tas på grund av extern press. Väl given information om alternativ och hälsotillstånd är också en del av kravet. Begäran ska lämnas in skriftligt för att anses giltig. Införandet av dödshjälp var länge stöttat av befolkningen och vissa politiker i landet innan legaliseringen. Det genomfördes dessutom olaglig dödshjälp i stor utsträckning innan 2002, dock blev vårdpersonal inte straffade för detta. Efter legaliseringen visar det sig att inte all aktiv dödshjälp dokumenterats och anmälts, vilket kan göra att statistiken som

anges över antal genomföranden är missvisande. Dessutom förekommer läkarassisterad suicid, som inte är lagligt i landet.

I Oregon i USA blev det efter en folkomröstning 1997 lagligt med läkarassisterad suicid (Steinbrook, 2008). Andra delstater har tagit efter modellen som kallas Oregon-modellen. Denna innefattar att myndiga patienter som har obotlig sjukdom och bosatta i delstaten och har mindre än 6 månader kvar att leva, kan få en dödlig dos läkemedel utskrivet av läkare. Innan legaliseringen i Oregon var det ovanligt men förekommande att vårdpersonal utförde dödshjälp. Efter införandet har trenden varit att den palliativa vården förbättrats bland annat genom utbildning om hur vårdpersonal bemöter förfrågningar om dödshjälp och bättre smärthantering.

2.5 Attityder gentemot dödshjälp

I en avhandling av Lindblad (2013) beskrivs svenska folkets attityder gentemot läkarassisterad suicid vilket visade att majoriteten var för en legalisering. De starkaste argumenten var att ta hänsyn till patientens autonomi och att lindra lidandet var främsta orsaken att genomgå dödshjälpen, inte att påskynda döden. Huvudargumenten till att inte införa läkarassisterad suicid var att inte skada principen väge över autonomi och att det fanns risk för press från anhöriga. Passiv eutanasi hos kompetenta patienter ansågs vara etiskt försvarbart enligt både befolkningen och läkare i Sverige. När det gällde läkarassisterad suicid var befolkningen, i studien, mer positiva till en legalisering än vad läkarna var.

Sjuksköterskors attityder framkom i den finska studien av Terkamo-Moisio et al., (2017). Majoriteten av sjuksköterskorna skulle acceptera aktiv dödshjälp som en del av den finska vården, med argumenten att det är en human metod att hjälpa en person som är sjuk och att en individ ska ha rätten att bestämma om sin egen död. Mer än hälften av de tillfrågade ansåg att det skulle finnas fördelar med att ha en lag som tillät aktiv dödshjälp. Mindre än hälften av sjuksköterskorna tyckte att risken att en sådan lag skulle kunna missbrukas var anledning till att det borde vara förbjudet. Spanska sjuksköterskors attityder visade sig även positiva till en legalisering av aktiv dödshjälp och läkarassisterad suicid (Tamayo-Velázquez, Simón-Lorda & Piqueras, 2012). Sjuksköterskorna kunde dessutom själva identifiera fall där aktiv dödshjälp eller läkarassisterad suicid hade genomförts i landet, även om detta inte var lagligt.

2.6 Problemformulering

Autonomi och delaktighet i vården är centralt i det dagliga arbetet för sjuksköterskor. Patienten har rätt att avsäga sig vård och behandling samt välja mellan eller utforma olika

behandlingsalternativ. Sjuksköterskan har i uppgift att bota, lindra, trösta och vårda patienter, men det kanske inte räcker om patienten inte vill leva längre och efterfrågar dödshjälp. Det kan finnas en konflikt mellan patientens autonomi och vårdens uppgift. Sjuksköterskan förväntas följa etiska koder, lagar och samtidigt respektera patientens vilja. Det kan vara svårt att urskilja vad som är rätt handling i olika situationer. Denna konflikt kan leda till upplevelser som påverkar sjuksköterskan. Erfarenheter kommer i denna översikt belysas för att ge en inblick i hur det är att arbeta med dödshjälp för sjuksköterskan.

3. Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med dödshjälp.

4. Teoretisk utgångspunkt

Enligt Travelbees (1971) omvårdnadsteori bör sjuksköterskan fokusera på den mellanmännsliga dimensionen till patienten. Att i mötet etablera en relation som leder till att både sjuksköterska och patient ser bortom varandras roller, skapar möjlighet att upptäcka de unika individer de är. Travelbee förkastar begreppet patient. Termen leder till en kategorisering av individer vilket kan göra att sjuksköterskan glömmer bort vem patienten är. På så vis reduceras individen. Inte heller är begreppet sjuksköterska helt problemfritt eftersom det inte förklarar eller utvecklar förståelsen för vad sjuksköterskan gör. Begreppen blir problematiska när en relation ska etableras. Enligt Travelbee är det omöjligt att skapa en relation utifrån de båda rollerna sjuksköterska och patient. Den mellanmännsliga relationen byggs gradvis upp utefter att sjuksköterskan integrerar med den sjuke personen och anhöriga.

Alla människor är unika och oersättliga där den enskildes upplevelse alltid kommer vara personlig (Travelbee, 1971). Trots våra olikheter och skillnader tar vi del av erfarenheter som tillhör det mänskliga livet. En av dessa vanliga livserfarenheter är att möta ohälsa, sjukdom, psykiskt och fysiskt lidande, och tids nog även död. Lidande är en erfarenhet som upplevs och genomgås av individen själv och alla kommer ha en egen unik uppfattning om sitt lidande. Individers lidande, när de befinner sig i den terminala fasen, kan uttryckas som apati, avsaknad av ork. Saknad för uttryck av klagan och hopplöshet är typisk i denna fas. Dessa individer kan ibland beskrivas som att ha tappat livsglädjen. Detta menar Travelbee är ett uttryck för behov av hjälp, en individ som inte orkar uttrycka sina önskningar har ofta förlorat hopp om att någon kan lindra det lidande individen känner.

Att vårda patienter som är obotligt sjuka ställer höga krav på sjuksköterskan och hennes förmåga till förståelse (Travelbee, 1971). Hur sjuksköterskan kommer uppleva vården beror mycket på egna religiösa övertygelser och personliga föreställningar och filosofier om både döden och livet. Men även tidigare upplevelser av att ha vårdat patienter eller familjemedlemmar påverkar synen på den ideala vården av patienter som är obotligt sjuka. Travelbee framhåller vikten av att utforska bakomliggande orsaken till smärta och lidande. Att endast prata om smärta i relation till läkemedel ger ingen förståelse för vad smärtan innebär för patienten eller vad den beror på. Travelbee framhåller att sjuksköterskor ska vara beredda att hjälpa både patienter och anhöriga att inte bara stå ut med sjukdom utan också finna mening i sina erfarenheter. För att kunna hjälpa patienten är förståelsen för individens egen upplevelse av sin sjukdom det absolut mest grundläggande.

Syfte med omvårdnaden är att hjälpa patienten finna hopp och mening i sitt lidande (Travelbee, 1971). Hopp kan vara en motiverande faktor för att orka ta sig igenom en svår och jobbig tid med lidande och sjukdom. Ofta är det hoppet som gör att människor tar sig över svåra hinder, men när hoppet försvinner kan individen känna sig fångad. Hopplösheten är relaterad till framtiden och kan ta uttryck genom att patienten säger sig inte se någon väg ut eller att det inte finns något mer att göra i situationen. Sjuksköterskan kan inte ge hopp till en individ, men kan eftersträva att finna nya vägar för en sjuk person att känna och uppleva hopp.

5. Metod

Enligt Friberg (2017a) genomfördes en litteraturoversikt, där målet var en överblick över ett avgränsat område. Tillvägagångssättet beskrivs vidare i underrubrikerna.

5.1 Datainsamling

Datasökningar genomfördes i databaserna Cinahl Complete och PubMed (se Bilaga 1). De MeSH och MH (Subject heading i Cinahl Complete) termer som valdes var; *nurse attitudes*, *suicide assisted*, *euthanasia*, *nurse-patient relations* och *emotions*. Dessutom genomfördes fritext-sökningar i både PubMed och Cinahl Complete på begreppet *experience* som en översättning till erfarenheter. Trunkering (+) valdes för att få med ord som var relevanta trots varierande ändelser och avledningar, se Bilaga 1 (Östlundh, 2017). För att sökorden ska relatera till varandra bör de kopplas samman med Booleska operatorer. AND och OR

användes som operatörer för att länka samman ord (AND) eller få träffar på båda eller någon av termerna (OR). Detta presenteras vidare i Bilaga 1.

5.2 Urval

Kvalitativa studier valdes då syftet var att belysa erfarenheter som lättare kommer fram i studier där den intervjuade personen berättar fritt. Avgränsningar som användes var; fulltext och peer-reviewed. Detta för att säkerställa att artiklarna höll en vetenskaplig kvalitet samt ge möjlighet till handledare, opponenter och examinator att söka upp artiklarna.

Träffar på vetenskapliga artiklar i databassökningarna var få, vilket ledde till att författarna till översikten ansåg att det var rimligt att sälla artiklarna genom att läsa sammanfattningar och syften. Detta gjorde båda författarna var för sig, för att på så vis minska risken att misstolka artiklarna. I ett andra steg lästes hela artiklar för att sedan diskutera fram 10 artiklar som var relevanta för syftet. Artikel nummer tio i Bilaga 2 hittades i en manuell sökning.

5.3 Analys

Analysen av studierna som valdes i litteraturöversikten skedde i enlighet med Friberg (2017a). Båda författarna läste igenom samtliga artiklar flera gånger för att få en förståelse för innehållet och för att minska risken för misstolkningar, Sedan skapades en tabell där syfte, metod och resultat framgick (se Bilaga 2). Likheter i studierna identifierades och skapade teman. Genom färgkodning skapades en tydlig överblick över temana och dessa sammaställdes sedan i huvud- och underteman. Under sammanställningen av resultatet arbetade båda författarna med texten tillsammans för att kunna diskutera tolkningar av studierna så att resultaten kunde jämföras med varandra.

6. Forskningsetiska överväganden

För att värna om människors lika värde, integritet och autonomi hos alla deltagare i resultatstudierna är de etiska aspekterna viktiga (Kjellström, 2017). Den etiska utmaningen handlar om att se till att människor inte utnyttjas, såras eller skadas. Detta ansågs av författarna till denna översikt vara speciellt viktigt med tanke på den känsliga naturen ämnet dödshjälp har.

För att denna översikt skulle kunna kallas etisk, krävdes att författarna inledningsvis i processen reflekterade över den etiska motiveringen (Kjellström, 2017). Motivet var inriktat på att skapa förståelse och på så sätt förbättra kunskapsläget. Detta kan gagna framtida

sjuksköterskors hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen. Författarna till denna översikt avsåg inte riskera att några deltagare till resultatartiklarna hade utsatts för emotionell eller social risk. Dödshjälp var inte alltid lagligt i de länder där resultatstudierna genomfördes. Därför ansågs det som viktigt att artiklarna var granskade av en etisk kommitté och/eller att deltagarnas anonymitet kunde garanteras. Vilket diskuterades i val av de resultatartiklar som användes.

7. Resultat

Syftet med översikten var att belysa erfarenheter som uppkom i arbetet med dödshjälp. Resultatet mynnade ut i fyra huvudteman: *Etiska överväganden*, *Sjuksköterskan i vårdteamet*, *Sjuksköterske-patient/anhörig relationen* och *Hantera upplevelser i dödshjälpsprocessen*.

7.1 Etiska överväganden

Etiska överväganden visade sig påverka sjuksköterskans upplevelser av arbetet med dödshjälp. Detta presenteras nedan i underteman: *Motstridiga känslor*, *Inte skada och lindra lidande* och *Sjuksköterskans egna värderingar*.

7.1.1 Motstridiga känslor

Sjuksköterskorna upplevde en ambivalens i frågan om dödshjälp var etiskt rätt eller inte (Denier, Dierckx de Casterlé, De Bal & Gastman, 2009). Ambivalensen grundades i den motstridiga känslan av att innerligt kunna hjälpa en människa till en god död, samtidigt som den arrangerade döden upplevdes överklig. Handlandet eller icke handlandet sågs som ett etiskt dilemma av sjuksköterskorna, vilket kunde ge upphov till djupa komplicerade känslor, frågor och tvivel om sjuksköterskan hade handlat rätt (Dierckx de Casterlé, Verpoort, De Bal & Gastmans, 2006). Även inom den passiva eutanasin beskrevs på samma sätt beslutet att inleda eller avsluta behandling som ett dilemma (Silén, Tang, Wadensten & Ahlström, 2008).

7.1.2 Inte skada och lindra lidande

Den stora etiska oron inom passiv eutanasi som sjuksköterskorna erfarit, grundades i deras uppgift att ge adekvat, god vård och inte skada patienten eller anhöriga (Halcomb, Daly, Jackson & Davidson, 2004). Sjuksköterskorna uppfattade ibland att den fortgående behandlingen gick emot vårdens princip att inte skada och skapade onödigt lidande för patienten (Silén et al., 2008). Anhöriga kunde också ta potentiell skada av att se patienten lida

till följd av ett beslut om fortsatt behandling. Dessutom kunde ett falskt hopp byggas upp för de anhöriga. Därför menade sjuksköterskorna att behandling inte skulle ges endast för att det var möjligt utan att patientens potentiella livskvalitet behövdes vägas in. Detta kunde dock skapa osäkerhet då det inte fanns tydliga riktlinjer om när behandling ska fortlöpa eller tas bort och hur beslutsfattandet skulle ske (Silén et al., 2008; Efstathiou & Walker, 2014). Sjuksköterskorna hamnade i kläm när de ansåg att patienter hade den moraliska rätten att avsluta behandling, men inte hittade något lagligt stöd (Schwarz, 2004).

Påskyndad död genom dubbla effekten upplevdes oftast som moraliskt accepterad eftersom syftet var att eliminera lidande (Schwarz, 2004; Volker, 2001). En osäkerhet beskrevs dock om huruvida sjuksköterskan efter att ha ökat dosen morfin hade påskyndat döden för patienten vilket ledde till en känsla av skuld och undran om sjuksköterskan hade gått över gränsen för vad som ansågs acceptabelt. Dessutom kunde tvivel uppkomma om lindrandet gynnade patienten eller om handlingen snarare lindrade lidandet hos anhöriga eller för sjuksköterskan själv.

7.1.3 Sjuksköterskans egna värderingar

Sjuksköterskan eftersträvade att alltid göra det som var etiskt rätt för patient, anhöriga, vårdpersonal och sig själv (Vanderspank-Wright, Fothergill-Bourbonnais, Brajtmann & Gagnon, 2011). En moralisk linje beskrevs, som inte skulle överträdas, för vad som ansågs vara rätt handlande (Schwarz, 2004). Linjen drogs efter egna spirituella och religiösa inställningar, professionella värderingar och personliga upplevelser. Denna linje kunde dock vara flyttbar beroende på patienten själv och omständigheterna runt patienten.

Vissa sjuksköterskor var av uppfattningen att om patienten var beslutskapabel och fick en god palliativ vård och trots det tog beslutet att avsluta sitt liv, så hade patienten rätt att göra det (Schwarz, 2004). Däremot ansågs inte att patienten hade rätt att begära assistans från en sjuksköterska för att avsluta sitt liv. Sjuksköterskorna beskrev exempel på hur de kunde lösa sådana dilemman genom att lämna information om hur patienten kunde använda sin ordinarie medicin till att orsaka sin död. Sjuksköterskan gav då endast medicinskinformation men lämnade beslut och kontroll till patient eller anhöriga. På så sätt bevarades patientens autonomi.

Sjuksköterskans egna etiska hållning mot aktiv dödshjälp påverkade sjuksköterskorna i flera studier (Denier et al., 2009; Dierckx de Casterlé, Denier, De Bal, & Gastmans, 2010; Dierckx de Casterlé et al., 2006). Vissa menade att aktiv dödshjälp gick emot personliga värderingar, men plikten som sjuksköterska var att hjälpa patienten till vad individen

verkligen behövde och efterfrågade (Denier et al., 2009). Det innebar att sjuksköterskan ville närvara vid hela den aktiva dödshjälpsprocessen. Vissa sjuksköterskor uttryckte en ovilja att delta i vårdandet av patienter som uttryckligen begärt aktiv dödshjälp (Dierckx de Casterlé et al., 2006). Ovilja att delta och utföra dödshjälp berodde på en emotionell distans till dödande, den irreversibla naturen av handlingen, tvivel om handlingen var rätt och oro över inflytandet vårdpersonalen hade på patienten. Vissa sjuksköterskor i studien ansåg att aktiv dödshjälp var etiskt försvarbart och kunde vara med och administrera läkemedel samt vara där och stötta patienten vid dödsstunden (Dierckx de Casterlé et al., 2010).

7.2 Sjuksköterskan i vårdteamet

Sjuksköterskorna beskrev olika moment som kunde påverka deras erfarenheter av dödshjälpsprocessen. Resultatet presenteras därför i två underteman: *Delaktighet i beslutsprocessen* och *Sjuksköterskan som medlare*.

7.2.1 Delaktighet i beslutsprocessen

Delaktighet i besluten om alla typer av dödshjälp var viktigt för att sjuksköterskan skulle uppleva processen som positiv (Denier et al., 2009; Dierckx de Casterlé et al., 2010; Halcomb et al., 2004). Sjuksköterskan hade ett holistiskt synsätt som innefattade en förståelse för patienten på fysiska, psykologiska, sociala och spirituella plan (Dierckx de Casterlé et al., 2006). Vissa sjuksköterskor ansåg att det synsätt på och de kunskaper som sjuksköterskorna hade om patienten kunde bidra till att rätt beslut fattades och ledde till en lyckad dödshjälp (Denier et al., 2009; Silén et al., 2008). Sjuksköterskorna upplevde stress och risk för utbrändhet om sjuksköterskorna inte lyckades framföra patientens vilja till vårdteamet (Halcomb et al., 2004). Vissa sjuksköterskor hade erfarenhet av att läkaren uteslöt sjuksköterskan från beslutsfattandet (Dierckx de Casterlé et al., 2010; Denier et al., 2009). Detta kunde upplevas som en brist på respekt för professionens expertis (Dierckx de Casterlé et al., 2010). Sjuksköterskorna som inte deltagit i beslutsfattandet av passiv eutanasi beskrev det som svårt att hantera det emotionellt (Schwarz, 2004). Detta då sjuksköterskan förväntades delta i vissa dödshjälpsprocesser som dem ansåg vara fel. Den sociala hierarkin inom sjukvårdspersonalen begränsade sjuksköterskorna eftersom förutsättningarna att delta i beslutsprocessen inte var konsekventa. Detta ledde till att sjuksköterskorna upplevde konflikter och anspänning som resultat av att hela tiden byta roll och ha olika förväntningar på sitt deltagande i dödshjälpsprocessen. Samtidigt skulle sjuksköterskan ta hänsyn till den etiska koden, att inte skada, vilket även ledde till att sjuksköterskan hamnade i konflikt mellan

sin egen roll och läkarna. Sjuksköterskorna gav uttryck för en önskan om ett forum som exempelvis etiska ronder där vårdpersonalen kunde diskutera svåra situationer tillsammans (Silén et al., 2008).

När beslut om passiv eutanasi enligt sjuksköterskan inte tagits i rätt tid (för tidigt eller sent) ledde detta till negativa känslor för sjuksköterskan (Efstathiou & Walker, 2014; Schwarz, 2004). Dessa situationer hade i vissa fall lett till att sjuksköterskan flera år senare fortfarande funderade på sitt eget handlande och utgången för patienten (Schwarz, 2004).

7.2.2 Sjuksköterskan som medlare

Det framkom i studierna att vissa sjuksköterskor beskrev relationen mellan sjuksköterskan och patienten som att sjuksköterskan blev patientens advokat i frågor om dödshjälp (Dierckx de Casterlé et al., 2010; Schwarz, 2004). Sjuksköterskan hade i uppgift att informera om den aktiva dödshjälpsprocessen och lagar som gällde (Dierckx de Casterlé et al., 2010). Detta gällde även för patienter som ville genomgå läkarassisterat suicid (Schwarz, 2004).

Sjuksköterskan kunde behöva medla mellan patienten och anhöriga eller läkare (Dierckx de Casterlé et al., 2010; Silén et al., 2008; Vanderspank et al., 2011). Denna medlande roll kunde leda till stress för sjuksköterskan om patient, anhöriga, läkare och sjuksköterskan själv inte hade samma uppfattning (Silén et al., 2008).

7.3 Sjuksköterske-patient/anhörig relationen

Temat innefattar hur relationen till läkare, patient, och anhöriga påverkade sjuksköterskans erfarenheter av dödshjälpen. Resultatet presenteras därför i två underteman; *Relationen till patienten* samt *Anhörigrelationen*.

7.3.1 Relationen till patienten

I flera studier uppgav sjuksköterskorna att den viktigaste uppgiften var att stötta patienten och anhöriga samt stödja patientens vilja och autonomi (Dierckx de Casterlé et al., 2010; Dierckx de Casterlé et al., 2006; Wright et al, 2017). Den stödjande rollen ansåg vissa sjuksköterskor som arbetade inom passiv eutanasi vara svår att ta då det inte innebar något konkret som kunde erbjudas för att bota eller lindra patienten (Wright et al, 2017). Det tog tid att lära sig att endast finnas till för samtal och stöd för patienten och anhöriga.

Det uppstod en djup relation mellan sjuksköterskan och patienten som kunde leda till psykisk och emotionell påverkan och stress på sjuksköterskan (Denier et al., 2009, Halcomb et al., 2004; Volker, 2001). Sjuksköterskan kom ofta fysiskt nära patienterna i vården vilket

kunde öppna upp till ett förtroende som kunde föranleda djupare samtal (Dierckx de Casterlé et al., 2006). Detta förtroende ledde till att sjuksköterskan upplevde att det fanns en djupare förståelse för patientens lidande som andra professioner saknade. En nära relation mellan sjuksköterska och patient verkar vara lugnande när det handlade om passiv eutanasi (Vanderspank et al., 2011). Att utföra passiv eutanasi på någon som var okänd, beskrevs som utmanande och obehagligt. Det fanns även ett samband mellan patientens känslor och sjuksköterskans erfarenheter av den passiva dödshjälpsprocessen (Halcomb et al., 2004). Dessutom beskrevs en känsla av misslyckande från vissa av sjuksköterskorna, när en patient uttryckte en önskan om att få dö (Wright et al., 2017). Det ledde till en undran om sjuksköterskan inte mött upp de förväntningar som patienten hade på vården.

7.3.2 Anhörigrelationen

Det fanns ofta konflikter mellan patientens och anhörigas åsikter när det kom till passiv eutanasi (Silén et al., 2008). Vilket gjorde att sjuksköterskan hade svårt att balansera respekten för patientens autonomi och anhörigas önsknings. Även sjuksköterskans åsikter om framtida behandlingar kunde hamna i konflikt med anhörigas åsikt om det samma.

Ett aktivt deltagande från anhöriga inom den passiva eutanasin sågs oftast som positivt av sjuksköterskan, men kunde verka stressande när fokus behövde flyttas mellan patient och anhöriga (Halcomb et al., 2004). Inom den passiva eutanasin beskrevs en osäkerhet kring vem sjuksköterskan ska rikta sitt stöd emot, patienten eller anhöriga, under patientens sista tid (Efstathiou & Walker, 2014). Efter patientens bortgång var sjuksköterskans fokus riktad mot anhöriga för att möta deras behov (Dierckx de Casterlé et al., 2010). När patient och anhöriga uttryckte tacksamhet inför beslut och genomförande av den aktiva dödshjälpen upplevde sjuksköterskan processen som positiv (Denier et al., 2009).

7.4 Hanteringssätt i dödshjälpsprocessen

De hanteringssätt som sjuksköterskorna hade att tillgå för att bearbeta känslor och upplevelser som uppkom under arbetet med dödshjälp, påverkade själva erfarenheten av arbetet.

Resultatet presenteras i två underteman; *Samtalsstöd* samt *Skilja på den professionella och privata rollen*.

7.4.1 Samtalsstöd

Samtal med kollegor och arbetsteamet, debriefing, fysisk träning etcetera var viktigt för att hantera känslor som uppstod inom den aktiva dödshjälpen (Denier et al., 2009; Dierckx de

Casterlé et al., 2010; Dierckx de Casterlé et al., 2006). Debriefing med en psykolog ansågs av vissa sjuksköterskor som extra viktigt (Dierckx de Casterlé et al., 2006). Sjuksköterskorna var rädda att kollapsa om de inte fick detta. Det kunde också upplevas som en lättnad att bibehålla kontakten med anhöriga efter dödshjälpen. På detta sätt kunde sjuksköterskan försäkra sig om att anhöriga ansåg att rätt beslut fattats.

Inom den passiva eutanasin fanns det organiserade samtalsstöd, men dessa användes sällan även om sjuksköterskorna ansåg att det i vissa situationer skulle vara behövligt (Halcomb et al., 2004). Sjuksköterskorna beskrev ett grupptryck eller generell attityd på avdelningen om att sjuksköterskor inte skulle använda sig av samtalsstödet. Istället skedde samtal mellan kollegor i och med överlämningar vid arbetspassets slut eller i fikarummet (Halcomb et al., 2004; Silén et al., 2008). Samtal med närstående till sjuksköterskan kunde också vara ett sätt att hantera känslor och frågor som uppkommit under arbetet, istället för organiserade samtal på arbetsplatsen (Silén et al., 2008). Formella samtal kunde ske mellan sjuksköterskan, läkaren och andra i vårdteamet om sjuksköterskan och läkaren inte hade samma uppfattning gällande den passiva eutanasins genomförande.

Sjuksköterskorna som hade påskyndat patienters död genom dubbla effekten eller assisterat patienter till suicid uppgav att de sällan pratade om det genomförda med andra kollegor (Schwarz, 2004; Volker, 2001). Detta då sjuksköterskorna var rädda att förlora legitimationen då osäkerhet fanns om det var lagligt utfört. Sjuksköterskorna hittade stöd och tröst i vetskapen att patienten fått utöva sin autonomi och fått ett minskat lidande (Schwarz, 2004). Det ansågs viktigare att det var moralisk rätt för sjuksköterskan än att det var lagligt. Dock uppger sjuksköterskorna att det fanns erfarenheter som var svåra att komma över och funderingar om rätt handling hade utförts kunde vara under fler år (Volker, 2001).

7.4.2 Skilja på den professionella och privata rollen

Sjuksköterskorna som arbetade inom aktiv dödshjälp såg vikten av att skilja på den professionella och privata rollen (Denier et al., 2009; Dierckx de Casterlé et al., 2010). I den professionella rollen kunde sjuksköterskorna snabbare förlika sig med känslor och erfarenheter som uppstod i vården av patienter som genomgick aktiv dödshjälp. Andra sjuksköterskor upplevde att det inte var möjligt att dela sin privata och professionella roll åt (Dierckx de Casterlé et al., 2010). Det uttrycktes genom att sjuksköterskorna kunde tillåta sig att gråta och ibland be med anhöriga. Vissa upplevde dock osäkerhet kring om de kunde visa känslor eller inte för anhöriga under passiv eutanasi (Efstathiou & Walker, 2014).

Inom den passiva eutanasin uppgav sjuksköterskorna att en samlad och lugn bild visades utåt på arbetet, funderingar och tvivel kring utfallet för patienten kunde uppkomma senare i hemmet (Halcomb et al., 2004; Silén et al., 2008). Med tiden verkade sjuksköterskorna ha lättare för att undvika funderingar utanför arbetsplatsen (Silén et al., 2008).

8. Diskussion

Diskussionen är indelad i två delar. Först diskuteras utförandet av metoden samt dess styrkor och svagheter i *Metoddiskussionen*. Därefter diskuteras resultatet integrerat med Travelbees teori i *Resultatdiskussionen*.

8.1 Metoddiskussion

Passiv eutanasi och dubbla effekten är lagligt i Sverige, vilket gör att detta resultat kan tänkas överföras till svensk sjukvård som den ser ut idag. Det ska dock nämnas att en svaghet i översikten kan tänkas vara att den inte är generaliserbar då lagstiftningen gällande dödshjälp skiljer sig åt i de olika länderna. Detta gör att sjuksköterskans erfarenheter kan tänkas påverkas beroende på hur den lagliga statusen ser ut i landet. Dessutom kan det tänkas att sjuksköterskornas kultur påverkade erfarenheterna. Översikten innefattar olika länder i världen och det hade kunnat vara en fördel att endast se till Sverige. Då hade dock inte tillräckligt material funnits och dessutom hade inte aktiv dödshjälp och läkarassisterat suicid varit representerat.

Genom att söka i olika databaser och med olika sökord kunde risken att missa studier och artiklar minska (Friberg, 2017a). Sökningar genomfördes i olika databaser vilket styrker resultatet i denna översikt då de sökningar som genomförts visat på samma artiklar i de olika databaserna och med de sökord som prövats fram (Henricson, 2017).

Begreppen för dödshjälp som valdes var *euthanasia* och *suicide assisted*. Euthanasia innefattar både aktiv och passiv dödshjälp i databaserna. *Suicide assisted* användes för läkarassisterat suicid. Författarna till denna översikt valde att inte inkludera dubbla effekten i den specifika sökningen eftersom det hamnade utanför gränsen för vad som innefattar dödshjälp. Dubbla effekten diskuterades i vissa artiklar som handlade om passiv eutanasi och läkarassisterat suicid. Intentionen var från början att inte integrera dubbla effekten i översikten men eftersom en del av resultatartiklarna handlade om detta valdes att inkludera det som diskuterades i de specifika artiklarna. Dock kan valet att inte specifikt använda dubbla effekten som ett sökord påverkat vilka resultatartiklar som valdes. *Nurse attitudes* gav

relevanta träffar, även om många var irrelevanta. För att få en träfflista med antal artiklar som var rimlig att genomgå, användes även sökord som *qualitative studies* och *interviews*. På detta sätt kunde *nurse attitudes* användas men många av enkätundersökningarna, som endast beskrev sjuksköterskans attityder, försvann från träfflistan. Detta kan dock ha gjort att vissa artiklar som inte var länkade med denna metod fallit bort. I PubMed var träfflistan redan såpass kort att denna avgränsning inte krävdes för att få en överblick över artiklarna. Kvantitativa studier valdes bort då resultatet inte var lika rikt på information om erfarenheter, eftersom deltagarna hade valt mellan fasta alternativ istället för att fritt berättat om erfarenheterna (Henricson, 2017).

Majoriteten av de valda resultatartiklarna kom från Belgien, USA och Kanada. Detta är inget som författarna till denna översikt har valt att påverka genom geografisk avgränsning, utan detta har blivit ett slumpmässigt utfall. Dock är aktiv dödshjälp eller läkarassisterad suicid lagligt i dessa länder, vilket kan förklara varför det fanns forskning i ämnet från länderna. Att det inte finns mer forskning kring ämnet i fler länder kan bero på att dödshjälp kan vara tabubelagt exempelvis i en religiöskontext. Detta gäller framförallt aktiv dödshjälp och läkarassisterad suicid, men även till viss del passiv eutanasi och dubbla effekten.

Bland resultatartiklarna fanns tre artiklar (*1-3) som var skrivna av i stort sett samma forskningsgrupp vilket kan ha vinklat resultatet, framförallt gällandes aktiv dödshjälp. Detta var de enda artiklar som hittades om aktiv dödshjälp och sjuksköterskans upplevelser. Två av dessa artiklar (*1 och *2) är baserade på samma studie med 18 sjuksköterskor. Dessa artiklar valdes dock då syftena skiljde sig åt och då resultaten var så pass intressant för den här översikten.

Resultatartiklarna lästes av båda författarna var för sig för att sedan urskilja olika teman i resultatet tillsammans. Genom att på detta sätt läsa artiklarna separat ökar validiteten för analysen av artiklarna, eftersom detta minskar risken för tolkningsfel (Henricson, 2017).

8.2 Resultatdiskussion

Det framkom i denna översikts resultat att patientens autonomi var viktig för sjuksköterskorna. Det var viktigt att patienten själv fick fatta beslut om sitt liv och sin död, Detta avgjorde om dödshjälpen upplevdes som etiskt rätt, vilket också påverkade sjuksköterskornas upplevelser. I ICN:s etiska kod (2012) framgår att alla människor har rätt ett eget val. Detsamma gäller för svensk lagstiftning (Socialstyrelsen, 2011). Vården fokuserar på patientens delaktighet och på vilket sätt patienterna kan bli mer involverade i vården. Dessutom var autonomi största argumentet för legalisering av dödshjälp enligt

befolkningen i Sverige (Lindblad, 2013). Även i Finland och Spanien verkar sjuksköterskorna positiva till att legalisera aktiv dödshjälp eller läkarassisterad suicid, med hänsyn till autonomi och lindra lidande (Terkamo-Moisio et al., 2017; Tamayo-Velázquez, et al., 2012). I en studie av Theresa et al. (2006) framkom att sjuksköterskorna ändrade fokus från att försöka övertala patienten att inte genomgå dödshjälp, när det framgick att dödshjälp var en genuin önskan från patienten. Dock framgår i denna översikts resultat att många av sjuksköterskornas egna värderingar påverkade valet att delta och handla i olika typer av dödshjälp. Dessutom ansåg sjuksköterskorna att de skulle få avsäga sig deltagande i vården kring dödshjälp, då med hänsyn till deras egen autonomi. Gränsen för patientens autonomi beskrivs, av Sandman och Kjellström (2015), dras när den påverkar vårdpersonalens autonomi, vilket kan tänkas styrka sjuksköterskornas rätt att avsäga sig deltagandet i vården. Dock kan detta ses som problematiskt då sjuksköterskan har ett arbete där man förväntas följa lagar. Att vårdpersonal ska ha möjlighet att avsäga sig deltagande i vården, bör kanske inte vara ett val utan ingå i vad som förväntas av professionen. Autonomi verkar vara grundläggande för samtliga i vården, även då sjuksköterskan själv. Det kan dock tänkas uppstå problem när vårdpersonalens och patientens autonomi står emot varandra.

Hendry et al. (2002) beskriver att autonomi kan bevaras genom att låta en patient välja att dö. Samtidigt beskriver Sandman och Kjellström (2015) att autonomi försvinner när en människa dör, vilket då borde vara ett argument mot dödshjälp. Det finns på samma sätt även en delning i åsikterna mellan sjuksköterskorna i denna översikt gällandes när dödshjälp, och vilken typ av dödshjälp, som ansågs vara rätt. Vilket kan tänkas skapa en vård där vårdpersonal tolkar lagar, etiska koder och sina egna värderingar fritt, vilket leder till en vård som beror på vårdpersonalens inställningar. Detta anser författarna till denna översikt vara problematiskt, då alla bör få samma vård och vårdpersonalen ska tydligt veta vart gränserna går både med hänsyn till sitt eget och patienternas bästa.

I denna översikts resultat framkom att sjuksköterskornas egna värderingar och personliga upplevelser påverkade hur sjuksköterskan såg på dödshjälp. Detta avgjorde även deras handlingar i olika situationer, vilket också påverkade deras upplevelse av vården. På samma sätt upplevde sjuksköterskor som arbetade i Finland att deras värderingar och religiösa övertygelser avgjorde deras syn på dödshjälp (Terkamo-Moisio, Kvist & Pietilä, 2015). Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan upplever vården utifrån egna värderingar, religiösa övertygelser och filosofiska tankar om döden och livet. Även mötet mellan människor beskrivs som unikt vilket leder till att varje vårdsituation blir en unik upplevelse som beror på individerna själva. I denna översikts resultat framkom att upplevelsen av dödshjälp kunde

bero på patienten och situationen. Sjuksköterskan upplevde dödshjälpen som etiskt försvarbar utefter egna värderingar och patientens vilja. Vidare menade vissa sjuksköterskor att om de såg en moralisk rätt i att en patient skulle få avsluta sitt liv, men lagen inte tillät detta, bidrog istället sjuksköterskan med information om hur läkemedel kunde användas för suicid. På så sätt kringgick sjuksköterskan lagen och handlade utefter sina egna värderingar.

Det framkom i denna översikts resultat att vissa sjuksköterskor ansåg att det kunde vara rätt att ge dödshjälp till patienter som trots att de mottagit god palliativ vård önskade att få genomgå detta. För de patienter som innerligt önskade dödshjälp kunde det innebära hopp om att få en god död. Syftet med omvårdnaden är enligt Travelbee (1971) att hjälpa patienter finna hopp. Hoppet beskrivs som en faktor som kan hjälpa patienten igenom svåra tider. Hopp kan innefatta olika faktorer, hos en döende person kan hoppet innebära att slippa smärta och få en god död (Sand, 2016). Sjuksköterskorna i översiktens resultat beskrev att patientens upplevelser påverkade deras egen. När dödshjälp getts i rätt tid till en patient som innerligt önskade detta verkade det vara positivt för sjuksköterskan då patientens hopp om en god död kunde tillgodoses. Det framkom i en studie av Berghs, Dierckx de Casterle´ och Gastmans (2005) att sjuksköterskorna ansåg att god palliativ vård kunde leda till att aktiv dödshjälp och läkarassisterad suicid blev onödigt. Dock ansågs att denna typ av dödshjälp kunde vara en sista utväg när palliativ vård inte räckta till för att kunna ge patienten hopp om en god död.

I översiktens resultat framkom att många av sjuksköterskorna menade att lindra lidande var ett centralt ansvarsområde. Att kunna lindra lidandet verkade vara positivt för sjuksköterskornas upplevelser och när en patients lidande blev utdraget ledde det till en negativ upplevelse. Travelbee (1971) beskriver att det är viktigt för sjuksköterskorna att ta reda på orsaken till patientens lidande och få en djupare förståelse för den. Vidare menar Travelbee att sjuksköterskans uppgift är att kunna hjälpa patienten till meningsskapande kring lidandet. I översiktens resultat framkom att sjuksköterskorna hade svårt att vårda patienter som inte fått dödshjälp, men enligt sjuksköterskan hade haft rätt till det. Sjuksköterskan kan tänkas ha svårt att finna meningen med patientens lidande om väntan på döden endast blev utdragen. Det fanns då ingen mening med lidandet eftersom patienten inte skulle bli friskare utan det endast blev en utdragen död för både patient och anhöriga. Att hjälpa patienten hitta meningsskapande kring sitt lidande, när sjuksköterskan själv inte ser meningen kan tänkas svårt. Travelbee beskriver att individer som inte förstår meningen med sitt lidande ofta beskrivs som personer som förlorat livsglädjen. Detta kan vara ett uttryck för behov av hjälp att återfå hoppet om att någon kan lindra lidandet. Det kan tänkas att vissa sjuksköterskor anser att dödshjälp är att lindra lidande när meningen med lidandet inte ses. Sjuksköterskor i

denna översikt beskriver samtidigt en känsla av misslyckande när patienter valde att genomgå dödshjälp. Vilket även beskrivs i studierna av Theresa et al. (2006) och Terkamo-Moisio et al. (2015). Frågor och funderingar uppkom i dessa studier om huruvida sjuksköterskorna misslyckats symtomlindra patienten, om de hade medicinerat patienten på annat sätt hade behov av dödshjälp kanske inte funnits. Vidare ansågs, enligt Theresa et al. (2006), att sjuksköterskornas uppgift var att rädda liv och lindra lidande. Sjuksköterskorna i studien kunde även se att dödshjälp kunde vara en del av symptomlindrande.

I översiktens resultat framkom att sjuksköterskor som genomfört dubbla effekten menade att det var etiskt rätt med tanke på att det lindrade lidandet för patienten. Vissa menade dock att den dubbla effekten i vissa fall kanske inte hade genomförts för att lindra lidandet för patienten, utan för anhöriga eller sjuksköterskan själv. Detta tolkas som att det kan vara svårt för sjuksköterskan att stå bredvid och se på när en patient dör. Vilket i sig gjort att sjuksköterskan valt att genomföra dubbla effekten. Fråga är då var gränsen går mot aktiv dödshjälp. Om en sjuksköterska väljer att ge en dödlig dos smärtlindrande läkemedel trots vetskapen om att detta kommer döda patienten, är det då dubbla effekten eller aktiv dödshjälp? Svaret kan komma att påverka sjuksköterskans upplevelser av situationen. Därför blir det viktigt att tydligt klargöra för sig själv, som sjuksköterska, vart gränsen går. Trots att många sjuksköterskor inte själva uppfattade att de använde sig av den etiska koden i arbetet, verkade de lägga stor vikt vid ansvarsområdet att lindra lidande.

I ICN:s etiska kod (2012) framgår att koden har i syfte att samla alla världens sjuksköterskor under samma etiska inställning. Sjuksköterskorna i denna översikts resultat menade dock att dessa koder sällan använts och vissa menade också att lagar var mindre betydelsefulla när det gällde hur sjuksköterskan agerade i frågor om dödshjälp. Sjuksköterskorna i studien av Berghs, Dierckx de Casterle´ och Gastmans (2005) beskrev hur de sällan använde sig av etiska koder och principer eftersom dessa utgick från sjuksköterskans egna tolkningar som då skulle påverka handlandet. Istället valde sjuksköterskorna att utgå ifrån patientens egna etiska principer och övertygelser samt lagliga rättigheter för att finna en etisk riktlinje. Detta kan visa på att sjuksköterskor har sitt eget förhållningssätt för att göra det som är etiskt rätt. Vad som är etiskt rätt kan då bero på vem som tillfrågas. Att försöka samla alla under samma etiska kod kanske inte är möjligt, men ICN menar att varje sjuksköterska måste ha ett eget förhållningssätt. Författarna till denna översikt anser i enlighet med ICN att sjuksköterskan behöver fundera och göra sig klar med sin egen relation till koden, detta är mer rimligt än att alla sjuksköterskor ska finna samma etiska godkändbara lösning på olika problem och förutsättningar. Att vara klar med sitt eget förhållningssätt till koden skulle

kunna vara till hjälp att hantera dilemman som uppstår i situationer under arbetet med dödshjälp.

Det framgår i översiktens resultat att arbetet med dödshjälp kräver etiska överväganden och resultatet påvisar att möjligheten till stöd och formella hanteringssätt påverkar hur sjuksköterskan upplever arbetet. Detta bör leda till att arbetsplatser som hanterar dödshjälp måste utveckla ett organiserat stöd för sjuksköterskorna. I en studie av Cronqvist, Lützén och Nyström (2006) beskrivs att alla arbetsplatser i Sverige inte har organiserat stöd för sjuksköterskorna. Om det fanns stöd, var den grundad på sjuksköterskans egen önskan. När det organiserade stödet inte fanns eller räckte till ledde detta till informella samtal mellan kollegorna. Dock visade det sig att detta skapade grupperingar där all personal inte var involverad. I den här översiktens resultat framkom olika sätt att hantera känslor och upplevelser som uppkommer i arbetet med dödshjälp. Sjuksköterskorna uppgav att de hade mer eller mindre formella samtal på arbetsplatsen. Om det inte fanns organiserat stöd, verkar sjuksköterskorna ha svårt att hantera och släppa negativa upplevelser. Detta beskrivs även i studien av Cronqvist et al. då en sjuksköterska uppger att det inte alltid fanns behov av formella samtal eller organiserat stöd. Vissa situationer kunde dock leda till känslor som var svåra att hantera på egen hand. Cronqvist et al. menade vidare att det bör finnas organiserat stöd som är utformat efter personalens behov och inkludera samtliga i personalgruppen.

I översiktens resultat framkom att sjuksköterskorna beskrev hur de fick en djupare relation till patienten än andra vårdprofessioner. Detta berodde dels på det holistiska synsättet, den kontinuerliga fysiska kontakten i vården och även möten med anhöriga. Travelbee (1971) beskriver den mellanmänskliga relationen där både patient och sjuksköterska ser bortom sina roller och möts som unika individer. Den mellanmänskliga relationen förutsätter att patient och sjuksköterska träffas flera gånger för att gradvis kunna se varandra som de unika individer de är. Även möten med anhöriga ger förutsättningar för att den mellanmänskliga relationen ska kunna utvecklas. Att endast mötas som patient och sjuksköterska och utifrån dessa roller bygga en relation blir problematiskt, eftersom det finns risk att då reducera individerna till endast vad rollen i den unika situationen innebär. När en sjuksköterska skapar en djupare relation med patienten kan det då tänkas påverka sjuksköterskan mer, än om mötet endast sker i en professionell roll. Detta är även något som beskrivs i översiktens resultat när vissa sjuksköterskor ansåg att gå in i en professionell roll på arbetet gjorde att det var lättare att hantera svåra situationer och känslor som uppkom i arbetet med dödshjälp. Andra sjuksköterskor menade dock att det inte var möjligt att dela professionella och privata rollen åt, vilket kunde leda till att det blev svårare att bearbeta upplevelser.

9. Kliniska implikationer

Författarnas förhoppning är att detta arbete kommer att leda till ökad förståelse för sjuksköterskans upplevelser och vad som påverkar denna i arbetet med dödshjälp. Det framkom olika faktorer som påverkade för om upplevelserna var positiva eller negativa. Detta kan implementeras i klinik för att arbetet med dödshjälp ska leda till positiva upplevelser för sjuksköterskan. På detta sätt kan översikten användas av vårdarbetsplatser för att öka medvetenheten om de upplevelser som sjuksköterskorna får i arbetet och för hur stödet kan förbättras. Debriefing och organiserat samtalsstöd verkar vara grundläggande för sjuksköterskornas välmående. Vidare framkom att sjuksköterskornas deltagande av beslutsfattandet var viktigt för en positiv upplevelse i klinik. Det skulle kunna regleras i riktlinjer på arbetsplatser där frågor kring dödshjälp kan komma att hanteras.

10. Förslag till fortsatt forskning

Det behövs mer kvalitativ forskning i fler länder om hur sjuksköterskorna upplever arbetet med dödshjälp och de faktorer som påverkar upplevelserna. På så sätt skulle kulturella skillnader kunna urskiljas, vilket skulle leda till en bredare förståelse för behovet av stöd som sjuksköterskan har inom vården vid dödshjälp i olika länder. Detta blir intressant då den legala statusen ser olika ut beroende på i vilket land forskningen sker. Dessutom kan olika sorters stödbehov finnas inom de olika typerna av dödshjälp. Vilket ytterligare påvisar behovet av en bredare forskning av ämnet över världen.

11. Slutsats

Arbetet med dödshjälp är något som väcker känslor hos sjuksköterskan, oavsett vilken typ av dödshjälp det handlar om. Känslorna och upplevelserna är unika beroende på vem sjuksköterskan är och på situationen. Även sättet att hantera dessa upplevelser skiljer sig åt mellan sjuksköterskorna och påverkar upplevelsen. Passiv eutanasi och dubbla effekten är lagligt i Sverige idag och ett problem som framkommit i vårt resultat är att det finns sjuksköterskor som upplever en otydlighet i vad som är lagligt och etiskt rätt. Dessutom anges att vissa inte har effektiva hanteringssätt. För att stötta sjuksköterskorna som arbetar med dödshjälp behövs organiserat stöd och förståelse för upplevelserna och känslorna som väcks i vården. Ett starkt teamarbete, tydliga lagar och klara riktlinjer bidrar till att minska pressen på att sjuksköterskan själv ska avgöra vad som är rätt agerande i dödshjälpsfrågor. Detta blir

speciellt viktigt om läkarassisterad suicid blir legaliserat i Sverige.

12. Referensförteckning

*Artiklar som används för resultat

- Berghs, M., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2005). The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *Journal of Medical Ethics, 31*(8), 441–446. doi:10.1136/jme.2004.009092
- Cronqvist, A., Lützén, K., & Nyström, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management, 14*(5), 405–413. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00631.x
- *Denier, Y., Dierckx de Casterlé, B., De Bal, N., & Gastmans, C. (2009). It's intense, you know: Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia. *Medicine, Health Care & Philosophy, 13*(1), 41–48. doi:10.1007/s11019-009-9203-1
- *Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, N., & Gastmans, C. (2010). Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. *Journal of Advances Nursing, 66*(11), 2410–2420. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x
- *Dierckx de Casterlé, B., Verpoort, C., De Bal, N., & Gastmans, C. (2006). Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *Journal of Medical Ethics, 32*(4), 187–192. doi:10.1136/jme.2005.011783
- Ejd, M. (2017, 1 mars). Nu kartläggs dödshjälp. *Vårdfokus*. Hämtad från <https://www.vardfokus.se>
- Eldh, A-C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s. 485–501). Lund: Studentlitteratur.
- Emanuel, E., Onwuteaka-Philipsen, B-D., Urwin, J-W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted: suicide in the United States, Canada, and Europe. *Journal of the American Medical Association, 316*(1), 79–90. doi:10.1001/jama.2016.8499
- Ersek, M. (2005). Assisted suicide: unraveling a complex issue. *Nursing, 35*(4), 48–52. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- *Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal. *Journal of Clinical Nursing, 23*(21/22), 3188–3196. doi:http://eshproxy.esh.se:2112/10.1111/jocn.12565
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (3. uppl., s. 141–152). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (3. uppl., s. 37–48). Lund: Studentlitteratur.
- *Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian

- nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(4), 214-222. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Hendry, M., Pasterfield, D., Lewis, R., Carter, B., Hodgson, D., & Wilkinson, C. (2002). Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliative Medicine*, 27(1), 13-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0269216312463623>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 411-419). Lund: Studentlitteratur.
- ICN. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Lindblad, A. (2013). *End-of-life decisions: studies of attitudes and reasoning*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Department of learning, informatics, management and ethics). Hämtad från https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41455/Thesis_Anna_Lindblad.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Nationalencyklopedin. (2017a). *Assisterat självmord*. Hämtad den 11 september, 2017. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/assisterat-självmord>
- Nationalencyklopedin. (2017b). *Dödshjälp*. Hämtad den 11 september, 2017. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/dödshjälp>
- Nationalencyklopedin. (2017c). *Erfarenhet*. Hämtad den 17 november, 2017. Tillgänglig: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/erfarenhet>
- Nationalencyklopedin. (2017d). *Eutanasi*. Hämtad den 11 september, 2017. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/eutanasi>
- Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 18(2), 38-45. doi:<http://dx.doi.org/10.3747/co.v18i2.883>
- Saad, T. (2017). Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review. *Issues in Law & Medicine*, 32(2), 183-204. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Sand, L. (2016). Meningsskapnade coping-processer. I B. Andershead, B-M. Ternstedt & C. Håkasson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik* (s. 235-246). Lund: Studentlitteratur.
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2015). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

- *Schwarz, J. (2004). Responding to persistent requests for assistance in dying: a phenomenological inquiry. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(5), 225-235. doi:10.12968/ijpn.2004.10.5.13071
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 12 oktober, 2017, från Riksdagen https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- *Silén, M., Tang, P.F., Wadensten, B., & Ahlström, G. (2008). Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(4), 222-231. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Socialstyrelsen. (2011). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling*. Hämtad den 12 oktober, 2017. Tillgänglig <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18390/2011-6-39.pdf>
- Svenska akademins ordbok [SAOB]. (2011). *Erfarenhet*. Tillgänglig: https://svenska.se/saob/?id=E_0669-0161.yLAZ&pz=7
- Svenska akademins ordlista [SAOL]. (2015). *Upplevelse*. Tillgänglig: <https://svenska.se/saol/?id=3381844&pz=7>
- Svenska läkaresällskapet. (2007). *Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling*. Hämtad den 12 september, 2017, från Svenska läkaresällskapet, <http://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/000012132.pdf>
- Steinbrook, R. (2008). Physician-assisted death: From Oregon to Washington state. *The New England Journal of Medicine*, 359(24), 2513-2515. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Tamayo-Vela´zquez, M-I., Simo´n-Lorda, P., & Cruz-Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics*, 19(5), 677–691. doi:10.1177/0969733011436203
- Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., Kangasniemi, M., Laitila, T., Ryyänen, O., & Pietilä, A-M. (2017). Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nursing Ethics*, 24 (1), 70-86. doi:10.1177/0969733016643861
- Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., & Pietilä, A-M. (2015). Multifaceted nature of euthanasia: Perceptions of Finnish registered nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(2), 105-112. doi:10.1097/NJH.0000000000000131
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd. ed.). Philadelphia: Davids company.
- *Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, Susan. & Gagnon, P. (2011). Caring for patients and families at end of life: the experiences of nursing during withdrawal of life-sustaining treatment. *Dynamics*, 22(4), 31-35. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

- *Volker, D. (2001). Oncology nurse's experiences with request for assisted dying from terminally ill patients with cancer. *Cancer Nursing*, 28(1), 39-49. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- *Wright, D., Chirchikova, M., Daniel, V., Bitzas, V., Elmore, J., & Fortin, M-L. (2017). Engaging with patients who desire death: Interpretation, presence, and constraint. *Canadian oncology nursing journal*, 27(1), 56-64. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (3. uppl., s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat
Pub Med	("Euthanasia"[Mesh] OR "Suicide, Assisted"[Mesh]) AND ("Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR ("Emotions"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]))	7	Full text	7	6	#1 #3 #6
Cinahl	(MH "Euthanasia+" OR MH "Suicide, Assisted+") AND (MH "Nurse Attitudes+" OR MH "Nurse-Patient Relations+" OR (MH "Nurses+" AND MH "Emotions+")) AND (MH "Qualitative Studies+" OR MH "Interviews+")	46	Full text, peer reviewed	22	14	#1 #2 #4 #5 #6 #7 #8 #9

Bilaga 2 Resultatmatris

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (urval och datainsamling, analys)	Resultat
#1 Denier, Y., Dierckx de Casterlé, B., De Bal, N. & Gastmans, C.	"It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia	2009, Belgien, Medicine, Health Care & Philosophy.	Att utforska sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter som efterfrågar dödshjälp.	Kvalitativ metod, longitudinell studie. Urval: 18 sjuksköterskor som var verksamma på olika sjukhus. Datainsamling: Kvalitativa enskilda intervjuer genomförda under 20 månader. Analys: Grundad teori analys.	Intensiva känslor av stor oro och ansvar men också känslan av att verkligen hjälpa patienten, ledde till ambivalens kring den död sjuksköterskorna beskrev som både god och onaturlig. Att separera den privata och professionella rollen var viktigt i hanteringsprocessen. Känslor kom ofta i kapp först efter genomförandet eftersom den aktiva dödshjälpen gick fort. Organisatoriskt upplevdes den aktiva dödshjälpen bli lättare med tiden, emotionellt var det dock alltid svårt. Relationen till patient och anhöriga kunde skapa stress, psykisk och emotionell påverkan på sjuksköterskan. Möjlighet att avsätta tid för samtal med patient och anhöriga gav fler positiva upplevelser. Även möjlighet att delta i beslutsprocessen var viktigt.
#2 Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, N. & Gastmans, C	Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium	2010, Belgien, Journal of Advances Nursing	Att utforska sjuksköterskans involverande i vårdprocessen för mentalt stabila obotligt sjuka patienter som efterfrågar dödshjälp.	Kvalitativ metod, longitudinell studie. Urval: 18 sjuksköterskor som var verksamma på olika sjukhus. Datainsamling: Kvalitativa enskilda intervjuer. Analys: Grundad teori analys.	Sjuksköterskor som fick ta emot patienters förfrågningar om dödshjälp upplevde att det sällan kom oväntat. Konflikter var vanligt förekommande mellan patientens och anhörigas åsikter. Sjuksköterskan upplevde sig som informatör och medlare mellan patient och anhöriga. Upplevelsen av dödshjälp skilde sig beroende på hur involverad sjuksköterskan fått vara i beslutsprocessen. Vissa upplevde sig uteslutna av andra professioner i beslutsfattandet. Det ansågs viktigt att dela på den privata och professionella rollen, vissa upplevde inte detta som möjligt vilket ledde till en tillåtande attityd till att visa egna känslor. Dödsögonblicket upplevdes som en emotionellt laddad situation och ledde till utvecklande av strategier för att hantera detta. Efter patientens bortgång upplevde sjuksköterskan sin uppgift att rikta fokus mot anhörigas behov.
#3 Dierckx de Casterlé, B., Verpoort, C., De Bal, N. & Gastmans, C	Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium)	2006, Belgien, Journal of Medical Ethics	Att belysa sjuksköterskans attityd om deras delaktighet i eutanasi processen.	Kvalitativ grundad teori design. Urval: 12 verksamma sjuksköterskor i den palliativa vården. Datainsamling: Semistrukturerade enskilda intervjuer. Analys: En grundad teori analys.	Sjuksköterskan upplevde att deras holistiska syn på patientens livssituation, minskade risken för att beslut om dödshjälp togs på fel grunder. Beslut om dödshjälp eller beslut om icke dödshjälp väckte etiska frågor och tvivel vilket i sin tur ledde till komplicerade känslor hos sjuksköterskan. Personliga värderingar mot aktiv dödshjälp kunde bidra till att inte vilja delta i vårdandet av patienter som efterfrågat dödshjälp. Sjuksköterskorna upplevde ett stort behov av att diskutera processen efteråt med kollegor och många önskade debriefing med en psykolog och uttryckte rädsla för att annars kollapsa. Även kontakt med anhöriga efter att patienten

					dött kunde leda till en känsla att få bekräftat att rätt beslut fattats.
#4 Efstathiou, N. & Walker, W	Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal.	2014, England, Journal of Clinical Nursing	Utforska erfarenheter hos akutsjuksköterskor som gav vård till patienter efter beslut om avslutande behandling.	Kvalitativ metod, deskriptiv utforskande design. Urval: 13 akutsjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade enskilda intervjuer. Analys: Tolkande fenomenologisk analys.	Sjuksköterskor upplevde en osäkerhet om de öppet kunde visa känslor under den passiva dödshjälpen. En osäkerhet upplevdes även kring huruvida vem sjuksköterskan skulle rikta sitt stöd till, anhöriga eller patienten. Det upplevdes viktigt att skapa tid och avskildhet för patient och anhöriga. Att ta bort hinder som medicinsk utrustning upplevdes skapa bättre möjlighet för nära relationer. När beslut om en passiv dödshjälp inte tagits i rätt tid, skapade det negativa känslor för sjuksköterskan, det gällde både i situationer när beslut tagits för tidigt och för sent.
#5 Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D. & Davidson, P.	An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU	2004, Australien, Intensive and Critical Care Nursing.	Utforska akutsjuksköterskors levda erfarenheter av att vårda patienter som har avslutat livsuppehållande behandling, samt att öka medvetenheten och förståelsen av deras erfarenhet för andra professioner.	Kvalitativ metod., fenomenologisk design. Urval: 10 sjuksköterskor. Datainsamling: Enskilda djupintervjuer. Analys: Analyserades med tematisk analys.	Sjuksköterskorna upplevde att de på arbetsplatsen gav uttryck för en samlad och lugn bild, men senare i hemmet kunde funderingar och tvivel uppkomma. Sjuksköterskor upplevde en etisk oro som grundades i att ge god och adekvat vård och inte skada patienten. Samtalsstöd som erbjöds på arbetsplatsen upplevdes som behövligt, trots detta användes det sällan på grund av en generell inställning mot detta på avdelningen. Anhörigas engagemang upplevdes som positivt av sjuksköterskan, dock kunde det vara stressande att behöva byta fokus mellan patient och anhöriga. Samband kunde ses i hur sjuksköterskan upplevde dödshjälpen med patientens känslor i processen. Sjuksköterskorna upplevde stress och risk för utbrändhet i de situationer när de inte lyckats lobba för patientens vilja.
#6 Schwarz, J	Responding to persistent requests for assistance in dying: a phenomenological inquiry	2004, USA, International Journal of Palliative Nursing	Hur amerikanska sjuksköterskor upplevde och svarade på patienters förfrågan om assisterad död.	Kvalitativ metod, fenomenologisk design. Urval: 10 sjuksköterskor Datainsamling: Semistrukturerade enskilda intervjuer. Analys: Tolkande fenomenologisk analys	Sjuksköterskan upplevde ofta sig själv som patientens advokat och tyckte det var viktigt att förstå vad som låg till grund för förfrågan om eutanasi. Att få förfrågan upplevdes som livsförändrande, och gränsen för vad som ansågs rätt var flyttbar beroende på situation och patient. Sjuksköterskor vände sig inte till etiska riktlinjer för vägledning. Få hade en för eller emot inställning som de ansåg var ovillkorligt gällande, de flesta försökte hitta mellanvägar för att hjälpa patienten att dö på ett moralisk och lagligt sätt. Hierarkin på sjukhuset ansågs sätta sjuksköterskorna i kläm, då deras roll inte alltid var tydlig. Dessutom kunde sjuksköterskorna uppleva att de fick genomföra eutanasi på patienter som de inte ansåg skulle genomgå detta.
#7 Silén, M., Tang, PF., Wadensten, B. & Ahlström,	Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing	2008, Sverige, Journal of Neuroscienc	Beskriva svenska sjuksköterskors erfarenheter av stress på arbetsplatsen och	Kvalitativ metod. Urval: 21 sjuksköterskor. Datainsamling: Enskilda intervjuer	Vanligaste stressfaktorn sjuksköterskan upplevde var hög belastning och lågt inflytande. Etiska dilemman var till stor del att avbryta eller fortsatt behandlingen. Varje situation var unik men sjuksköterskorna upplevde inte att behandling skulle fortgå bara för

G		e Nursing	uppkomsten av etiska dilemman inom neurologi.	Analys: Innehållsanalys	att det var möjligt. De beskriver stunder där patienten får betala ett för högt pris, därför måste livskvaliteten beaktas. Upplevelsen påverkades mycket av hur inkluderad sjuksköterskan blev i beslutet. Hade sjuksköterskan och läkaren olika åsikter kunde det öka stressen, kunde bidra till frustration och ilska hos sjuksköterskan. Etiska ronder kunde vara en del i lösningen, där sjuksköterskan kunde involveras i beslutsfattandet.
#8 Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, Susan. & Gagnon, P	Caring for patients and families at end of life: the experiences of nursing during withdrawal of life-sustaining treatment	2011, Kanada, Dynamics	Utforska akutsjuksköterskors erfarenheter av vård under processen att avsluta livsuppehållandebehandling.	Kvalitativ metod, interpretive phenomenology design. Urval: 6 sjuksköterskor Datansamling: Enskilda djupintervjuer. Analys: Tolkande fenomenologisk analys.	Sjuksköterskor beskrev svårigheter i att ofta få agera medlare mellan läkare och familj, framförallt när anhöriga och läkare inte hade samma åsikter om fortsatt behandling. Sjuksköterskan eftersträvade att alltid göra det rätta för patienten och anhöriga. Sjuksköterskor beskrev arbetet som ärofyllt, att få vara med och göra patientens sista stund så fin som möjligt för att skapa bra minnen för familjen. Om sjuksköterskan inte hunnit få en god relation med familjen upplevdes situationen som mycket svårare än vid en befintlig god relation.
#9 Volker, D	Oncology nurse's experiences with request for assisted dying from terminally ill patients with cancer.	2001, USA, Cancer Nursing	Utforska onkologisjuksköterskors erfarenheter av att ta emot förfrågningar om dödshjälp av patienter som har obotlig cancer.	Kvalitativ metod, deskriptiv design. Urval: 40 onkologisjuksköterskor. Datansamling: Anonymt skrivna historier. Analys: Analyserades genom interpretive interactionism.	Dubbla effekten var ofta accepterad eftersom sjuksköterskan ansåg att det var en bieffekt av att lindra lidande. Vissa sjuksköterskor menade att medicinering i livets slutskede var behandling för anhörigas lidande. Vissa beskrev ångest, chock, och själv tvivel vilket ledde till att sjuksköterskan ifrågasatte sig själv och sitt motiv när exempelvis en bolusdos av morfin gavs och patienten dog kort därefter.
#10 Wright, D., Chirochikova, M., Daniel, V., Bitzas, V., Elmore, J. & Fortin, M-L.	Engaging with patients who desire death: interpretation, presence and constraint.	2017, Kanada, Canadian oncology Nursing Journal	Utforska hur onkologisjuksköterskor förstår och svarar på patienter som har långtgående cancer, och som kan vilja dö. Samt att förstå sjuksköterskornas egna perspektiv på deras terapeutiska förhållande i denna kontext.	Kvalitativ metod, deskriptiv design. Urval: 11 sjuksköterskor utfördes mellan sep 12 och jan 13. Datansamling: Semistrukturerade enskilda intervjuer. Analys: Systematisk analys användes för att hitta underteman.	Det var svårt för vissa sjuksköterskor att vårda patienter palliativt eller efter avslutad livsuppehållande behandling. Detta då det inte fanns konkreta behandlingar att följa. Sjuksköterskor som arbetat länge hade dock insett värdet i att endast lyssna och finnas där för patienten och anhöriga. Sjuksköterskorna beskrev en känsla av misslyckande när patienter uttryckte önskan om att dö.