



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Namn: Andersson, Sandra & Cullander, Matilda
Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för
vårdvetenskap
Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, VT21
Nivå: Grundnivå
Handledare: Elin Hjorth
Examinator: Elisabet Mattsson & Gail Dunberger

**Sjuksköterskors förhållningssätt angående dödshjälp – en pågående
konflikt.**

En litteraturöversikt.

Nurses' attitudes about euthanasia - an ongoing conflict.

A literature review.

Sammanfattning

- Bakgrund:** Dödshjälp är ett ämne som börjar åskådliggöras i större omfattning i media och skapar debatter runt om i världen. För att begripa vad detta innefattar för sjuksköterskor så är det nödvändigt att kartlägga vilka förhållningssätt som råder och vilka aspekter som bör bejakas i framtiden.
- Syfte:** Syftet är att beskriva sjuksköterskors förhållningssätt till dödshjälp.
- Metod:** En litteraturöversikt med tio vetenskapliga artiklar, både kvantitativ och kvalitativ design. Det användes två databaser, Cinahl Complete och PubMed. Studierna kvalitetsgranskades grundligt och kategoriserades efter likheter och skillnader.
- Resultat:** I resultatet redovisas fem olika huvudteman; Sjuksköterskans profession (1), förhållningssättet till patientens autonomi (2), lidandet (3), religion (4) och arbetsmiljön (5).
- Slutsats:** Resultatet i denna litteraturstudie påvisar att dödshjälp innefattar många faktorer; främst hur sjuksköterskor förhåller sig till detta inom professionen, religiösa yttringar, värdet kring patienters autonomi, sjuksköterskors arbetsmiljö och både psykiskt och fysiskt lidande. Detta ämne berör hela samhället och etik är en aspekt som dominerar fullständigt.
- Nyckelord:** Aktiv dödshjälp, passiv dödshjälp, assisterad dödshjälp, sjuksköterskors förhållningssätt, upplevelser.

Abstract

Background: Euthanasia is a topic that is beginning to be increasingly addressed in debates and the media worldwide. To understand what the subject means for nurses, it is important to find out what their attitudes are and what aspects need to be addressed in the future.

Aim: The purpose of this study is to describe nurses' attitudes to euthanasia.

Method: A literature review with ten scientific articles, both quantitative and qualitative design. Two databases were used, Cinahl Complete and PubMed. The studies were thoroughly quality examined and categorized according to similarities and differences.

Results: The result presents five different main themes; The nurse's profession (1), the relationship to the patient's autonomy (2), suffering (3), religion (4) and the work environment (5).

Conclusion: The results of this literature study demonstrate that euthanasia involves many factors; mainly how nurses relate to this in the profession, religious expressions, the value of patients' autonomy, nurses' work environment and both mental and physical suffering. This topic affects the whole of society and ethics is an aspect that completely dominates.

Keywords: Active euthanasia, passive euthanasia, assisted euthanasia, nurses' attitudes, experiences.

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DÖDSHJÄLP	1
<i>Aktiv dödshjälp</i>	1
<i>Passiv dödshjälp</i>	2
<i>Assisterad dödshjälp</i>	3
OREGON- OCH BENELUXMODELLEN	3
SJUKSKÖTERS KOR I SVERIGE	4
AKTUELL DEBATT OM DÖDSHJÄLP I SAMHÄLLET	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
TEORETISK REFERENS RAM	6
METOD	6
URVAL	7
DATAINSAMLING	7
DATAANALYS	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
SJUKSKÖTERS KORS FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL SIN PROFESSION	9
SJUKSKÖTERS KORS FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL PATIENTERS AUTONOMI	11
VILJAN ATT LINDRA LIDANDE	11
RELIGION	12
SJUKSKÖTERS KORS ARBETSMILJÖ	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	15
<i>Etik</i>	15
<i>Lindra lidande</i>	16
<i>Kompetensbrist</i>	17
KLINISKA IMPLIKATIONER	18
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	18

SLUTSATS	19
REFERENSFÖRTECKNING	21
BILAGA 1. SÖKMATRIS	26
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	28

INLEDNING

Frågeställningar om dödshjälp är en pågående juridisk och politisk debatt som sker både nationellt och internationellt. Detta illustrerar de komplexa aspekterna kring vad dödshjälp medför och har för betydelse på individ och samhällsnivå. Författarnas intresse för ämnet framkom av händelsen i Sverige där en läkare utförde assisterad dödshjälp, men även reflektioner kring vem som bestämmer över sin egen död. Som framtida sjuksköterskor vill författarna få en ökad förståelse för påföljderna av dödshjälp och vad det innefattar för andra individer inom samma profession globalt. I framtiden skulle detta kunna fortskridas och eventuellt bli en normalitet i samhället.

BAKGRUND

Dödshjälp

Begreppet dödshjälp kommer ursprungligen från det grekiska språket och betyder *en god död*, men har vidare definierats som ett samlingsbegrepp för *aktiv, passiv och assisterad dödshjälp* (Statens medicinsk-etiska råd [SMER], 2017). *Dödshjälp* betyder även *eutanasi* på engelska (eutanasi u.å). Lidandet är det mest dominerande ledordet som har en central roll. Lidandet och smärtan är en subjektiv upplevelse; dessa speglar även patienternas egna uppfattning om deras hälsotillstånd (Florn, 2014). Lidandet kan uttrycka sig på många olika sätt och kan ibland bli för outhärdlig för patienten; detta kan bidra till en minskad livslust (Stilos, 2020). För patienterna som begär dödshjälp kan detta innebära ett svårt beslut; det kan ifrågasättas av närstående och kollidera med patientens religiösa uppfattning. Dock handlar det främst om att patienterna vill skona sina nära och kära från lidandet som ett förlängt liv skulle innebära (Stilos, 2020). Innan begreppet dödshjälp fick den betydelse man använder i modern tid (som grundar sig på individens frivillighet) så tillämpades dödshjälp inom nationalsocialistiska tyska arbetarpartiets ideologi som innefattade en föreställning om en renrasig nation som exkluderade en viss typ av människor (Gordin m.fl., 2018). Det är viktigt att man inte förknippar andra världskrigets tolkning av dödshjälp med betydelsen som används idag (Gordin m.fl., 2018).

Aktiv dödshjälp

SMER (2017) anser att begreppet aktiv dödshjälp är olämpligt att använda eftersom att avbryta eller avsluta livsuppehållande behandlingar (så kallad passiv dödshjälp) även utgör

dödshjälp. Däremot hävdar SMER (2017) att dödshjälp där någon annan än patienten själv utför handlingen kallas för eutanasi. Ett exempel på aktiv dödshjälp kan vara när en patient som får näring via en slang i magen får den borttagen i syfte att avsluta patientens liv (Gesang, 2008). Aktiv dödshjälp kan också tolkas som en handling eller metod vars syfte är att orsaka en smärtfri och snabb död för att avsluta ett outhärdligt lidande (Kohl, 1992). Kohl (1992) benämner *välgörande dödshjälp* och om *frivillig eutanasi*. En *välgörande dödshjälp* är en handling med samma syfte som tidigare men i helhet ska gynna patienten medans en *frivillig dödshjälp* handlar om att patienten själv efterfrågat om det. *Frivillig dödshjälp* kan även inträffa i fall där anhöriga och/eller närstående agerar åt individens vägnar; t.ex. när patienten ligger i en permanent koma och inte kan föra sin egen tala. Kohl (1992) utgår från ett humanistiskt perspektiv och menar på att man ska värna om patientens integritet i efterfrågan om att få dö med värdighet.

Passiv dödshjälp

Passiv dödshjälp är ett begrepp vars betydelse under årtionden har förändrats. Under 1980-talet kunde passiv dödshjälp identifieras genom att man med avsikt för att patienten ska avlida, avbryta eller avstå livsuppehållande behandlingar (Brassington,2020). Under året 2016 kom ytterligare en definitionen av begreppet som fick en likartad betydelse som på 80-talet men med en mer begriplig förklaring kring avbrytandet av livsuppehållande vård; dessa ska medföra att man inväntar den "naturliga" dödsskedet (Brassington,2020). Passiv dödshjälp ska även bidra till ett påskyndande av patientens död och grundar sig i patientens önskemål (Gerrard & Wilkinson, 2005). Begreppet kan även tolkas som missvisande då det kan uppfattas som en aktiv handling (Nationella rådet för palliativ vård [NRPV], 2016). Istället används begreppet non-treatment-decision (NTD) som är en definition som EAPC framställt för att skilja på de olika betydelserna. NTD innefattar att man kan avsluta eller avbryta livsuppehållande behandlingar, inte med intentionen av att påskynda döden, utan för att man har accepterat att döden är ofrånkomlig och därmed tar ställning att behandlingarna skulle medföra mer lidande än nytta för patienten (NRVP, 2016). Socialstyrelsen (2011) betonar att sjukvården inte får sätta in åtgärder i syftet av att avsluta liv; om en patient avlider till följd av att hen själv av sagt livsuppehållande behandling så är orsaken att patienten avlider på grund av sjukdom eller skada. Syftet med att avstå eller avbryta livsuppehållande är att respektera patientens önskemål (Socialstyrelsen, 2011).

Assisterad dödshjälp

Dödshjälp som utförs av att patienten själv utför handlingen är enligt SMER (2017) en definition av assisterad dödshjälp. Begreppet kan även kallas för läkarassisterad dödshjälp, medicinskt assisterad dödshjälp och assisterad självmord. Assisterad dödshjälp innefattar att en patient får en dödlig dos farmaka ordinerad för att själv utföra handlingen i syfte att avsluta sitt liv (Ingham & Marshall, 2020). Svenska kyrkan (2018) tolkar det som att en individ avsiktligt hjälper en annan individ att avsluta sitt liv, efter att hen uttryckt en önskan om det. SMER (2017) betonar att det inte är illegalt i Sverige att vara en medhjälpare till självmord; dock betyder det inte att det är etiskt rätt att utöva det som legitimerad läkare då man också kan riskera sin yrkeslegitimation. Atkinson m.fl. (2020) motsäger sig själva när de hävdar att läkarassisterad självmord är en form av aktiv dödshjälp men antyder också att begreppet kan anses som passiv dödshjälp. Med deras definition i åtanke kan man göra en slutsats om att assisterad dödshjälp i dess olika former handlar om en tolkningsfråga.

Oregon- och Beneluxmodellen

I dagsläget finns det olika modeller för laglig dödshjälp i flera länder och i vissa delstater i USA; det finns två dominerade modeller som används (SMER, 2017). Den första modellen är *Death with Dignity Act (DWDA)* som är en form av legal dödshjälp som framställdes i delstaten Oregon (Hiscox, 2007). Modellen är främst känd som *Oregonmodellen* och innebär att en läkare förskriver en dödlig dos farmaka till en patient som är terminalt sjuk (Hiscox, 2007; Feldt m.fl., 2011). Endast assisterad dödshjälp är tillåtet. För att lagen ska fungera så finns det olika kriterier man som patient måste uppfylla för att kunna få hjälp att dö genom DWDA; i Oregon måste hen vara bosatt i delstaten, vara terminalt sjuk, beslutskompetent och själv uttryckt en önska om att få hjälp. En läkare och psykolog måste genomföra en bedömning för att säkerhetsställa att sjukdomen är mortal och att patienten begriper vad beslutet innefattar (Hiscox, 2007). DWDA finns även i flera delstater, Washington och Montana (Feldt m.fl., 2011). Den andra modellen som används är *Beneluxmodellen* och innebär att individen är berättigad dödshjälp oavsett om hen inte är terminalt sjuk; betoningen ligger på det subjektiva lidandet som är den avgörande faktorn (Mendz m.fl., 2020). Denna variant används i Beneluxländerna, dvs Belgien, Nederländerna och Luxemburg men även i Schweiz (Mendz m.fl., 2020).

Patienters efterfrågan

De vanligaste orsakerna till varför patienter efterfrågar dödshjälp (i Oregon och Washington) är att man vill avhålla sig från sämre livskvalité, beroende och förlorad värdighet (SMER, 2017). I Oregon så gör patienterna det i preventivt syfte innan deras hälsa försämras markant; detta kan indikera på att önskemål om dödshjälp grundar sig i ett fortsatt självbestämmande i en framtida tvivelaktig livssituation. Man har också upptäckt att dödshjälp efterfrågas mer frekvent från individer med högre socioekonomisk status än i lägre samhällsklasser; det är vanligare att patienter som besitter en högskoleexamen får dödshjälp än patienter med enbart grundskoleutbildning (SMER, 2017). De flesta patienter har drabbats av någon form av cancersjukdom men också hjärt-kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar och neurodegenerativa sjukdomar som t.ex. ALS (Amyotrofisk lateral skleros) förekommer. Patienterna i Oregon och Washington hävdar att ekonomin inte är en bidragande faktor till att avsluta sitt liv vilket även anhöriga och läkare också intygar; de flesta individerna har också en sjukförsäkring (SMER, 2017). Kohl (1992) betonar att det är vedervärdigt att hålla en patient vid liv mot hens vilja när man motsätter sig patientens önsningar kring dödshjälp; detta medför att man kränker patientens självbestämmande (Kohl, 1992). En del kritiker antyder att orsaken till att patienter efterfrågar dödshjälp grundar sig i avsaknad av fullgod omvårdnad och att lidandet bortses. Vissa hävdar även att efterfrågan sker under inflytande av depression (Jersild, 2020). Jersild (2020) anser att detta inte ger en förklaring till varför efterfrågan finns och konstaterar att efterfrågan om dödshjälp bör tas på allvar.

Sjuksköterskor i Sverige

År 2009 opponerade Sjuksköterskornas etiska råd mot dödshjälp tillsammans med våra grannländer Norge och Danmark då man hävdade att det var uteslutet att sjuksköterskor skulle medverka vid både dödshjälp eller assisterat självmord (Svensk sjuksköterskeförening, 2018). Det starka ställningstagandet grundade sig på att man i sjuksköterskans profession ska lindra lidandet vilket man står fast vid men att man samtidigt måste beakta att det finns patienter som lider i smärta som ej kan reduceras. Man betonar att den palliativa vården ändå kan vara gynnsam trots att patienten uttrycker att hen vill avsluta sitt liv. Det kan vara andra orsaker till varför patienten vill detta och man bör diskutera och bekräfta dessa frågeställningar då det är komplicerat. År 1953 framförde International Council of Nursing (ICN) de första etiska koderna för sjuksköterskor globalt (Svensk sjuksköterskeföreningen, 2017). Koderna revideras vid behov för att anses som aktuella; dessa används som ett verktyg för hur sjuksköterskor ska arbeta med ett etiskt förhållningssätt utifrån samhällets värdegrund.

Man utgår från fyra olika grundläggande områden som sjuksköterskor har som ansvar; *förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande*. Detta kan praktiseras genom att ha respekt för de mänskliga rättigheterna så som patientens egna val, rätten till liv och deras värdighet. Svensk sjuksköterskeföreningen (2017) beskriver att man även ska ha respekt för patienters kultur; ett exempel kan vara att kvinnor inom religionen Islam inte får vårdas av män som inte tillhör familjen (Hjelm, 2020). Omvårdnaden ska ske på ett respektfullt sätt oavsett kön, politiska åsikter, funktionsnedsättningar eller sjukdomstillstånd (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Aktuell debatt om dödshjälp i samhället

Jersild (2020) är en pensionerad läkare som förespråkar dödshjälp och har varit en aktiv deltagare i de ständiga debatterna i samhället. Jersild (2020) ansågs sig själv vara en av dem som försökte bibehålla diskussionerna kring dödshjälp; under 1900-talet publicerade han ett antal artiklar i olika tidningar som Dagens Nyheter och Expressen. Debatterna som han medverkade i resulterade att en starkare övertygelse om att dödshjälp borde betraktas som en medmänsklig utväg för individer som är svårt sjuka (Jersild, 2020). I olika opinionsundersökningar har man upptäckt att majoriteten av det svenska samhället är positiva till att införa dödshjälp; dock har de politiska partierna utmärkt sig negativt inställda (Jersild, 2020). Det är enbart Miljöpartiet i Sverige idag som vill skapa en utredning för en eventuell introduktion av dödshjälp (SMER, 2017). Det finns både organisationer och yrkeskategorier som motsätter sig detta, t.ex. svenska Läkarförbundet (Jersild, 2020). År 1997 fastslog regeringen att läkarens arbetsuppgift innefattar att rädda liv; dock får man delge smärtstillande läkemedel och avbryta behandling som är livsuppehållande (Öhlén m.fl., 2018).

PROBLEMFORMULERING

Eutanasi är en kontroversiell fråga både nationellt och internationellt. Det finns delade meningar inom sjukvården om vad som betraktas som etiskt rätt och mest gynnsamt för patienten. Dödshjälp är ett brett spektrum som innefattar olika tillvägagångssätt där en del länder anses mer motiverade vid olika sjukdomstillstånd. Som sjuksköterska har man ett stort ansvar gällande att kunna bemöta patienters behov och deras begär, vilket kan vara en utmaning i de etiska koderna som Sjuksköterskeföreningen har framställt. Författarna anser att det finns en bristande kunskap om sjuksköterskornas förhållningssätt till dödshjälp globalt.

Detta bidrog till att författarna valde att göra en kunskapssammanställning om ämnet för att lyfta fram sjuksköterskors perspektiv i länder där det är både legalt och illegalt.

SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskors förhållningssätt till dödshjälp.

TEORETISK REFERENSRAM

Författarna till denna litteraturöversikt har valt att använda Katie Erikssons begrepp *lidande* som teoretisk referensram då det kan betraktas som sjuksköterskors uppgift att reducera lidandet hos patienterna. Detta går att applicera inom begreppet *dödshjälp* då det innefattar individer som bär på ett lidande. Enligt Eriksson (1994) är lidandet en strid mellan det *onda* och det *goda*; oftast har begreppet associerats i ett negativt sammanhang vilket är en felaktig tolkning. *Lust* är kontrasten till *lidandet* och är en viktig faktor i konflikten mellan dessa två; den förstnämnda kan tillämpas i kampen mot det *onda*. Antingen så ger man sig in i den eller ger upp (Eriksson, 1994). Inom vården så möts vi av tre olika typer av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Den förstnämnda innefattar hur individen präglas av sin sjukdom som kan grunda sig i somatisk och andlig smärtproblematik; i den själsliga dimensionen så kan det vara skam- och skuld känslor eller förnedring. *Vårdlidandet* kan omfatta fördömande, kränkning av värdighet, maktutövning och vård som uteblivit. Eriksson (1994) menar att kränkningar är det vanligaste man blir utsatt för som patient, vilket resulterar i att man som sjuksköterska inskränker hans potential att tillämpa sina egna hälsoresurser. *Livslidande* har en stark inverkan på människan; detta sker när en individ t.ex. präglas av ohälsa och ställs inför svåra livsöden. Man kan känna rädsla över att inte veta när man ska dö eller att ha tappat sin livslust och vill ge upp. Eriksson (1994) benämner att frågeställningar kring dödshjälp kan vara angelägna gällande patienterna som har en terminal sjukdom och som plågas av ett oerhört lidande. Den teoretiska referensramen kommer att genomsyras i resultatdiskussionen.

METOD

En litteraturöversikt valdes som metod för att kunna skapa en förståelse för sjuksköterskors förhållningssätt gällande dödshjälp i länder där det både är legalt och illegalt. En sådan översikt grundar sig i att inhämta en kunskapssammanställning över det valda

problemområdet eller om ett problem i sjuksköterskans kompetens och/eller verksamhet (Friberg, 2017).

Urval

För att på ett strukturerat sätt välja ut relevanta artiklar betonar Friberg (2017) vikten av att nyttja *inklusions-och exklusionskriterier*. Inklusionskriterierna för de valda vetenskapliga artiklarna innefattade att de skulle vara skrivna på engelska, vara inom tidsspannen år 2010-2020, peer review och vara av originalitet samt innehålla sjuksköterskors upplevelser, erfarenheter och deras förhållningssätt till dödshjälp. För att kunna uppvisa ett bredare perspektiv så inkluderades länder där dödshjälp både är legalt och illegalt. Genom appliceringen av peer review avgränsar man urvalet av artiklar till publikationer i vetenskapliga tidskrifter (Östlundh, 2017). Östlundh (2017) belyser att det är viktigt att säkerställa att artiklarna är vetenskapliga även fast man använder peer review som avgränsning. För att gardera sig så valde författarna att kontrollera innehållet (t.ex. antal sidor) och inneha ett kritiskt förhållningssätt (Östlundh, 2017). Artiklarna som inte motsvarade författarnas inklusionskriterier blev därmed exkluderade. Friberg (2017) understryker att man kan använda sig utav ett s.k. helikopterperspektiv vilket författarna också nyttjade. Detta innefattar att man läser igenom *titel* och *abstrakt* på träffarna man får upp i sin sökning; på så vis kan man urskilja vad som är väsentligt till problemområdet. Friberg (2017) poängterar att det är betydelsefullt att läsa samma artikeln upprepade gånger för att kvalitetsgranska innehållet; detta gjorde författarna och valde ut tio artiklar till resultatdelen, både kvalitativa och kvantitativa (se bilaga 2).

Datainsamling

För att finna väsentliga artiklar så valde författarna att använda sig av databaserna Cinahl Complete och PubMed. Dessa databaser innehåller kvalitetsgranskad forskning och publikationer inom omvårdnadsvetenskap, medans sistnämnda också inkluderar området medicin (Östlundh, 2017). Författarna valde att använda sig av ämnesord, en boolesk söklogik och sökhistoriken för att hitta relevanta artiklar. Ämnesorden finns tillgängliga i databaserna. En boolesk söklogik betyder att man kombinerar ämnesorden i sin sökning med hjälp av AND, OR och NOT (Östlundh, 2017). Detta användes i PubMed och ämnesord i form av MESH-termer; dessa bestod av sökord som var *euthanasia*, *nurses* och *nurses attitudes*. Den booleska söklogiken applicerades i form av sökningarna *nurses AND euthanasia* och *nurses*

attitudes AND euthanasia. I Cinahl Complete användes ämnesord i form av Cinahl Subject Headings, även den en boolesk söklogik och sökhistoriken för att hitta artiklar. Ämnesorden bestod av *euthanasia*, *nurses*, och *euthanasia passive*. Efter att författarna gjorde om ämnesord var för sig i form av Cinahl Subject Headings, använde de sökhistoriken för att kunna kombinera dessa med AND, OR, och NOT. Sökningarna kombinerades på detta vis; *euthanasia, passive OR euthanasia AND nurses* och kombinationen *nurse attitudes AND euthanasia*. I databaserna ska man vara sparsam med förkortningar av ord och istället använda sig av synonymer, då det annars finns en risk att förkortningar kan ha flera olika betydelser. Man använder sig också utav det engelska språket vilket medför att man innan måste översätta dessa från svenska (Östlundh, 2017).

Dataanalys

Författarna använde sig av Fribergs (2017) analysmetod som innefattar tre olika steg för att lättare bedöma kvalitén på de valda artiklarna. I första steget läser man igenom artiklarna flera gånger för att begripa och se helheten; detta gjordes av båda parterna vilket bidrar till en ökad förståelse och att man med två perspektiv inhämtar information. Det andra steget inkluderar strukturering av artiklarna till resultatet. Friberg (2017) föreslår att detta kan utföras med hjälp av en översiktstabell där man beskriver varje artikels metod, syfte och resultat. Författarna fyllde tillsammans i en liknande tabell där de presenterade alla artiklar (se bilaga 2). Fribergs (2017) sista och tredje steg i analysmetoden består av två olika delar; den första delen handlar om att upptäcka skillnader och likheter i artiklarna i form av val av metod och syfte. Efter författarna hade identifierat dessa presenterades även detta i tabellen (se bilaga 2). Del två i detta steg kan även ses som resultatet i studien. Friberg (2017) menar på att efter man sorterat ut alla delarna i artiklarna kan man lättare uppmärksamma vad för kategorier eller teman som är återkommande. Detta presenteras som en ny helhet, dvs; resultatet (Friberg, 2017). Författarna gjorde alla dessa steg i analysmetoden och skapade fem rubriker som redovisas i denna litteraturöversikt.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det kan vara riskabelt att tillämpa en litteraturöversikt som metod; detta skulle kunna resultera i ett selektivt urval, dvs att författarna omvandlar resultatet och väljer ut de källor som förstärker författarnas tidigare uppfattningar (Friberg, 2017). Det är inte etiskt korrekt att presentera resultat som endast stödjer författarnas subjektiva åsikter (Forsberg & Wengström,

2016). Resultatet som presenteras får inte heller förvridas eller genomgå en annan form av tolkning av de personliga upplevelserna som återges i källorna. Det är också avgörande att det inte förekommer plagiat eller manipulationer i form av korrigerings av resultatet eller framföra ett stycke utan källhänvisning (Kjellström, 2017). Sandman & Kjellström (2018) betonar ytterligare etiska aspekter som skall bejakas under studiens gång; att ta hänsyn till alla medverkans autonomi, integritet och att det inte får råda kränkningar av utsatta grupper i källorna. Dessa tre etiska aspekter ingår i Belmontrapporten och kan nyttjas som en vägledning när man upptäcker etiska problem (Sandman & Kjellström, 2018). Författarna har skrivit i enlighet med vald metod och alla referenshänvisningar har skrivits i en referenslista och i löpande text. De valda artiklarna är sedan tidigare publicerade, därför läste författarna genom alla artiklar för att säkerställa att de är godkända från en etisk kommitté, att alla deltagare har givit sitt samtycke, att resultatet presenteras med respekt och att det inte förekommer någon orättfärdighet. Om artiklarna har genomgått en prövning och blivit godkända av en etikkommitté så innefattar det att forskningen genomförs av hänsynsfullhet och respekt för alla deltagare (Sandman & Kjellström, 2018). Författarna valde att läsa igenom valda artiklar upprepade gånger för att påträffa icke etiskt försvarbara aspekter. Även om deltagarna i artiklarna inte gett samtycke till denna litteraturöversikt så har författarna framfört resultatet på ett respektfullt sätt och tolkat så ärligt och nära som möjligt till de upplevelser som beskrivits.

RESULTAT

Resultatet indelas i fem olika kategorier; *sjuusköterskors förhållningssätt till sin profession*, *sjuusköterskors förhållningssätt till patienters autonomi*, *viljan att lindra lidande*, *religion* och *sjuusköterskors arbetsmiljö*.

Sjuusköterskors förhållningssätt till sin profession

Resultatet illustrerade sjuusköterskornas förhållningssätt till dödshjälp (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020; Denier m.fl., 2010; Terkamo-Moisio, m.fl., 2016). Viktiga faktorer som gjorde att sjuusköterskor hade en positiv inställning till dödshjälp var att de tidigare upplevt ett starkt lidande från patienter som ej kunnat lindras (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020).

Sjuusköterskor som hade ett optimistiskt synsätt och medverkat i dödshjälp hade haft tid att reflektera efteråt; man upplevde att man gjorde det *rätta*. Om patienten uppvisade egenskaper som *stark* och *självsäker* så upplevde sjuusköterskorna att det var mer försvarbart; detta

gjorde att man kunde säkerhetsställa att patienten var trygg i sitt beslut. Det fanns en del patienter som hade tvivel vilket gjorde att det var problematiskt att få en uppfattning om vad de egentligen ville. En del sjuksköterskor hade reflektioner kring vem som vill *spela Gud*, dvs ha makten över när individer ska få dö; man menade att dödshjälp kunde vara ett resultat av en misslyckad palliativ vård (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020). Även negativa upplevelser efter utförd dödshjälp förekom hos sjuksköterskor; de kände att det inte fanns tillräckligt med stöd från instanser som t.ex. psykolog som också ska finnas som stöd till familjen efter patienten avlidit. Efter ett arbetspass så kunde en del sjuksköterskor inte sluta gråta; man upplevde att hjärnan var överbelastad och kunde inte fortsätta med andra uppgifter (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020). Oavsett om man stödjer dödshjälp så betyder det inte att man vill utföra det i sin yrkesroll. En sjuksköterska likställde detta med att utföra fallskärmshoppning; man vill bevittna det men nödvändigtvis inte göra det själv (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020). Många beskrev känslan som *intensiv*; man syftade på att deras erfarenheter förändrades och utvecklades med tiden (Denier m.fl., 2010). Det fanns också flera faktorer som gjorde att man påverkades positivt och negativt inför dödshjälpsprocessen, både på en emotionell och praktisk nivå. Man lägger stor vikt vid oro och ansvaret som dödshjälp medför. Trots att det finns en värdighet med döden så kan det ändå inte betraktas som en "naturlig" död enligt vissa sjuksköterskor. Samtidigt fanns det andra som menade att dödshjälp kunde betraktas som mer humant och att vårdprocessen bedömdes som något djupare då man hade närmare kontakt med patienten och anhöriga till den sista stunden (Denier m.fl., 2010). Vissa sjuksköterskor tyckte det var stor kontrast med planering inför dödshjälp och själva utförandet; det förstnämnda förbereds i cirka tre till fem dagar och sistnämnda sker på några minuter. Som sjuksköterska får man respektera att det inte handlar om ens subjektiva känslor utan på patienten och hans anhöriga; det är viktigt att kunna särskilja på dessa två aspekter. Man upptäckte i ett land där dödshjälp är illegalt att det fanns farhågor hos sjuksköterskor; man kände tvivel kring att en eventuell legalisering skulle kunna missbrukas på ett ofördelaktigt sätt (Terkamo-Moisio, m.fl., 2016). Man fann det också problematiskt med reaktioner från sina anhöriga; en kvinna beskriver ett scenario kring hur hon ska uttrycka sig när hon kommer hem till sitt barn som undrar hur hennes arbetsdag varit, när hon har känslan att hon faktiskt "dödat" någon (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020). Sjuksköterskor från mindre samhällen kände rädsla för att deras rykten skulle kunna bli förstörda om man i sin profession deltar i dödshjälp. I vissa fall så kan patienternas anhöriga motsätta sig detta och därmed betrakta sjuksköterskorna som oprofessionella i sin yrkesroll (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020).

Sjuksköterskors förhållningssätt till patienters autonomi

I resultatet så uppmärksammades att patienternas självbestämmande och autonomi bör beaktas (Beuthin m.fl., 2018; Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020). Man framhåller att patienternas vilja ska ligga i fokus och inte vårdgivarnas subjektiva värderingar (Beuthin m.fl., 2018). Sjuksköterskan ska alltid stödja patienten i hens val men betyder nödvändigtvis inte att man stöttar dödshjälp, samtidigt som en del individer hävdar att man bör förespråka och lägga resurser på omvårdnaden istället. Man vittnar om att deltagandet i dödshjälp förstärkte en känsla av att lindra lidandet för patienten och gav en bild av vad döden kan innefatta; patienten fick sin vilja igenom vilket resulterade i en tilltalande känsla; det upplevdes fridfullt. Detta jämfördes som kontrast till patienter legat och plågats in i sista stund (Beuthin m.fl., 2018). Vissa sjuksköterskor hade svårt att förstå arbetskamrater som motsatte sig dödshjälp; man menar på att det inte finns någon anledning att låta människan lida och ifrågasätter varför det är så kontroversiellt (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020).

Viljan att lindra lidande

I resultatet så upptäcktes att sjuksköterskor stödjer dödshjälp som utförs på grund av ett outhärdligt psykiskt lidande (Demedts m.fl., 2018; Terkamo-Moisio m.fl., 2015; De Hert m.fl., 2015). Man betonar att dödshjälp även ska erbjudas vid psykiska åkommor trots frånvaro av fysiskt lidande (Terkamo-Moisio m.fl., 2015). Dock upplevdes det att man saknade information kring dödshjälp inom psykiatrin och att man inte vet hur man ska bemöta dessa önskemål från patienter (Demedts m.fl., 2018). Sjuksköterskor hade inkompatibla åsikter om mentalt lidande; vissa ansåg ingen skillnad mellan det psykiska och kroppsliga medan andra hävdade att det måste finnas en somatisk sjukdom närvarande (De Hert m.fl., 2015). Sjuksköterskorna såg det acceptabelt att hjälpa patienter som befinner sig i en hopplös situation; att alla andra alternativ har utförts och att hen skulle riskera att präglas av stark ångest livet ut. De hävdar också att man själv velat fått likvärdig hjälp om det fanns tillgängligt. Detta jämfördes som ett bättre alternativ än självmord (Terkamo-Moisio m.fl., 2015). Man kan också arbeta preventivt; om patienten har vetskap om att det finns en möjlighet att få dödshjälp och avsluta sitt lidande så kan det eventuellt göra det enklare att fortsätta leva (Terkamo-Moisio m.fl., 2015). Sjuksköterskorna som motsätter sig dödshjälp inom psykiatrin framhåller att ingen har rätt att avsluta någons liv, inte ens om patienten själv begär det. Palliativ vård och dödshjälp utesluter varandra (De Hert m.fl., 2015). Man påtalade det komplexa mellan dödshjälp och etiken som finns inom omvårdnaden; sjuksköterskans

uppgift är att skydda patienten och hans liv, vilket innefattar att döden skådas som ett misslyckande (Terkamo-Moisio m.fl., 2015).

Religion

Resultatet påvisade att religion var en aspekt som hade inverkan på sjuksköterskors förhållningssätt till dödshjälp (Naseh m.fl., 2015; Beuthin m.fl., 2018; Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020; Terkamo-Moisio, m.fl., 2017). När det gäller läkarassisterade självmord så fanns det kristna övertygelser som hade inflytande kring läkarassisterad självmord (Beuthin m.fl., 2018). Dessa argument grundade sig i hur värdefullt livet betraktas, att det är en gåva från Gud som vi ej har rätten att avsluta. En sjuksköterska uppgav att hon skulle känna sig illa till mods om hon tvingades delta i dödshjälp mot sin egna vilja och såg sig själv som en minoritet gentemot sina kollegor; hon vittnade om rädsla kring att utsättas för trakasserier vilket hon upplevt tidigare (Beuthin m.fl., 2018). Detta är givetvis problematiskt då hon i och med sin yrkeslegitimation har skyldighet att ge denna typ av vård samtidigt som hon betonade den väsentliga skillnaden mellan att ge antibiotika intravenöst med att injicera en överdos av en viss farmaka, då det förstnämnda är att ge vård, vilket den sistnämnda ej kan betraktas som (Beuthin m.fl., 2018). Hälften av alla individer som identifierade sig som muslim motsatte sig dödshjälp (Naseh m.fl., 2015). Dock kan det finnas tveksamheter inför dödshjälp utan religiösa aspekter som präglar som istället grundar sig på kompetensbrist kring dom juridiska principerna. Religiösa övertygelser behöver inte heller alltid förknippas med motstånd (Pesut, Thorne, Storch m.fl., 2020). Enligt (Terkamo-Moisio m.fl., 2017) så tyckte en majoritet av sjuksköterskorna att man har plikt att närvara vid dödshjälp om patienten har detta som önskemål. Hälften av dessa individer hade religiösa yttringar (Lutheraner, kristna) och man kunde konstatera att de var överrepresenterad med negativa attityder i den gruppen än hos icke-religiösa sjuksköterskor, då man var mer benägen att medverka i dödshjälp och såg detta som en självklarhet inom sin profession (Terkamo-Moisio m.fl., 2017).

Sjuksköterskors arbetsmiljö

Det framkommer i resultatet att arbetsmiljön har en stor betydelse för sjuksköterskors förhållningssätt till dödshjälp. Pesut, Thorne, Schiller m.fl. (2020) anser att sjuksköterskor som självständigt genomförde bedömningar relaterat till patientens efterfrågan upplevde det som en stor arbetsbelastning och präglades av samvetsskuld. Det påvisas även i studien att sjuksköterskor som kände motstånd till att genomföra dödshjälp fick stanna hemma utan lön

relaterat till en ostrukturerad policy på arbetsplatsen. Pesut, Thorne, Schiller m.fl. (2020) beskriver att policyn kunde förändras dramatiskt utan förvarning och att sjuksköterskorna moraliska välbefinnande komprimerades i relation till detta. Det moraliska välbefinnande som inte blev tillgodosett ökade sjuksköterskornas frustration över att inte kunna göra en inverkan på arbetsmiljön. Läkarens maktutövande för deras motstånd kring dödshjälp synliggjordes när sjuksköterskorna beskriver händelser där de återkallat tillbaka vård i livet slut när patienten efterfrågat hjälp om att få dö (Pesut, Thorne, Schiller, m.fl., 2020). Detta i sin tur påverkade sjuksköterskornas ohållbara arbetsmiljö och förhållningssätt till dödshjälp. Man var dock överens om att lagarbete var betydelsefullt; det var tidskrävande för både sjuksköterskor och läkare att skapa en struktur kring hur det skulle tillämpas och att alla vårdgivare skulle känna sig bekväma med det. Ett förslag var att det skulle finnas minst två närvarande vid varje tillfälle för att kunna se till att det fanns resurser till att upptäcka felaktigheter och en som fanns tillgänglig för den anhörigas familj (Pesut, Thorne, Schiller m.fl., 2020). Det var svårt att få tillgång till patientjournaler när man skulle genomföra bedömningar; detta var särskilt påtagligt om det var helg eller om det var dödshjälp som skulle ske skyndsamt. Det kunde också vara komplicerat att få till sjukhusplats för patienter som inte ville genomföra det i sitt egna hem. En del sjukhus valde också att ha riktlinjer som innefattade att man inte tog emot patienter som enbart sökte vård för dödshjälp (Pesut, Thorne, Schiller m.fl., 2020).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

När man gör en litteraturöversikt så innefattar det att man sammanställer forskning inom ett område i vårdvetenskap (Friberg, 2017). Författarna valde artiklar som innehöll både upplevelser och värderingar hos sjuksköterskor globalt. För att hitta dessa så valdes Cinahl Complete och PubMed som databaser; dessa innehåller kvalitetsgranskad forskning om omvårdnadsvetenskap (Östlundh, 2017). De andra databaserna ansågs inte vara relevanta och valdes därför bort. Det är viktigt att ha i åtanke att resultatet baseras på tio artiklar, vilket kan bli missvisande. Tre av artiklarna hade samma författare och två utav dessa hade samma urval, vilket kan ha påverkat resultatet i denna litteraturöversikt. Om det t.ex. är samma individer som deltar och har ett starkt ställningstagande i frågan om dödshjälp så kan även detta förstärkas i den andra studien. På så vis kan man få en uppfattning om att det är fler deltagare med en specifik åsikt än vad det egentligen faktiskt är. Författarnas syfte med litteraturöversikten har under studiens gång ändrats; från första början var syftet att undersöka

hur sjuksköterskor i Sverige ser på dödshjälp. Dock gick inte detta att genomföra eftersom författarna inte hittade relevant forskning som kunde svara på syftet. Författarna valde därför att omformulera syftet till sjuksköterskornas förhållningssätt gällande dödshjälp. Den ursprungliga tanken var att eventuellt lägga främst fokus på de länder där det är lagligt men i sökningsprocessen fann författarna forskning som svarade på det valda syftet men från länder där dödshjälp inte är lagligt. I och med att sökningen gav resultat från hela världen kan detta anses som en stryka då författarna kunde ge ett globalt perspektiv. En annan stryka med detta är även att författarna kunde uppmärksamma skillnaderna på hur sjuksköterskor förhåller sig i länder där det är lagligt respektive illegalt. Tidsspnnen som valdes för att hitta relevant forskning var mellan år 2010-2020; detta bidrog med aktuell forskning gällande ämnet. Författarna upplevde att artiklar från tidigare årtal kunde bidra med missuppfattade information eftersom dödshjälp är ett begrepp som ständigt förändras och får nya tolkningar. Att använda sig av avgränsningen peer review kan ses som ett hjälpmedel i databasen Cinahl Complete då man kunde sortera ut artiklar som är publicerad i vetenskapliga tidskrifter. Dock finns en nackdel med detta också; i PubMed fanns inte avgränsningen tillgänglig vilket kan betraktas som en svaghet men även som en styrka eftersom båda författarna var tvungna att engagera sig och läsa artiklarna tillsammans för att upptäcka kvalitén. I databaserna så används engelska som språk; detta kan försvåra för författarna då deras modersmål är svenska. Oavsett om man har goda kunskaper i det engelska språket så kan det uppstå svåra ord som kräver översättning. Ena författaren präglas av dyslexi vilket gjorde att även andra språk kan bli svårhanterligt; på grund av detta valde de att använda ett lexikon för engelska ord. Författarna använde orden *nurse*, *euthanasia*, *passive euthanasia*, *active euthanasia* och *nurses attitudes* som engelska ämnesord i databaserna. Man kunde ha använt andra ämnesord för att få en mer träffsäker sökning; dock gav dessa sökord författarna tillräckligt med forskning som svarade på syftet.

Denna litteraturöversikt skapades under covid-19 pandemin vilket bidrog till att studien genomfördes på distans. Detta medförde att författarna inte kunde träffas och ha fysiska möten; dock har detta inte ansetts som en nackdel eftersom båda har haft en fullgod dialog mellan varandra. Kommunikationen har skett genom telefonsamtal nästintill dagligen som varit givande för båda parterna. Författarna valde att dela upp arbetet samtidigt som båda kompletterade varandras delar individuellt för att vara fullständigt delaktig. Genom uppdelningen av arbetet har författarna reflekterat över varandras styrkor och svagheter; båda är handlingskraftiga och skickliga på att söka och finna information som anses väsentlig. Den

ena författaren har lätt för att få struktur på mallar och referenshantering; den andra har en styrka i att använda sig av ett akademiskt språkbruk och meningsuppbyggnader. Detta har resulterat i att författarna tagit hjälp av varandra. Trots att arbetet enbart har skett digitalt så har det varit meningsfullt och funnits en mycket god samarbetsvilja. Författarna var övertygade om att det var just dödshjälp de ville göra en litteraturöversikt om; detta gjorde det mycket enkelt att komma överens om arbetets upplägg och vad författarna ville fokusera på.

RESULTATDISKUSSION

I resultatdiskussionen så åskådliggörs tre olika begrepp; *etik*, *lindra lidande* och *kompetensbrist*.

Etik

Författarna tycker att *etik* är den starkaste och mest grundläggande principen i diskussionen kring dödshjälp; då ämnet är komplext så finns det olika etiska faktorer som man måste ta hänsyn till. Sumner (2012) menar att det går att rättfärdiga assisterat självmord och dödshjälp under fem villkor; *begäran*, *kapacitet*, *frivillighet*, *information* och *diagnos*. Det grundar sig i att begäran ska ske av fri vilja från patienten utan påtryckningar från omgivningen, vara adekvat utan kognitiva nedsättningar, begripa vad ett sådant beslut innefattar och ha en medicinsk diagnos som anses ytterst allvarsam (Sumner, 2012). Detta tycker författarna låter rimligt samtidigt som det måste vara väldigt svårt att göra en korrekt bedömning; man har flera faktorer att ta hänsyn till. Ibland kanske man enbart är kapabel till vissa beslut. När man läser igenom litteratur så är det viktigt att författarna upptäcker vad de andra författarna har för etisk teoretisk förankring då detta givetvis påverkar deras värderingar. Ett exempel är Torbjörn Tännsjö som definierar sig som utilitarist (där man eftersträvar mest gynnsamma effekter åt största antalet individer). Tännsjö (1998) hävdar att dödshjälp redan tillämpas i Sverige; t.ex. när en läkare väljer att avbryta behandling som indirekt påskyndar döden, så borde det betraktas som passiv dödshjälp. Samma när det gäller att ge patienten opioder för smärtlindring, vilket Tännsjö (1998) understryker är aktiv dödshjälp. Författarna tycker att detta går emot Socialstyrelsen (2011) utlåtande (som beskrivs under rubriken *passiv dödshjälp* i denna litteraturstudie) då de betonar att sjukvården inte får sätta in åtgärder i syfte att avsluta patientens liv samt att patienten avlider på grund av den eventuella sjukdomen eller skadan; inte på grund av att behandlingen upphör (Socialstyrelsen, 2011). Under denna litteraturstudiens gång så har författarna ett flertal gånger upptäckt att flera av dessa begrepp

tolkas på olika sätt. Tännsjö (1998) resonerar kring människosyn som är en viktig del i vårdetiken och utgår från två aspekter; biologisk och humanistisk. Den biologiska grundar sig på vetenskapen och utgår från genetik och molekylärbiologi, tvärtemot den humanistiska synen. Tännsjö (1998) tar upp en frågeställning där han hävdar att denna syn skulle kunna utgöra ett hot gentemot den humanistiska som innefattar att vi är fria och kan fatta egna beslut. Den fria viljan skulle inte inskränkas enligt Tännsjö (1998) då den är så pass överlägsen. Författarna instämmer och tror att både den biologiska och humanistiska synen kan kombineras; det ena utesluter inte det andra. När man läser om dessa två grundsyner så finns det en tendens att begreppen skildras och jämförs som varandras motsatser. Man bör kunna applicera båda synsätten till en egen helhet då båda är betydelsefulla och kan tillsammans utgöra en del av människosynen.

Lindra lidande

Om man utgår från deontologisk etik (där varje gärning ska värderas baserat på dess pliktvärde) så hävdar Sumner (2012) att det kan betraktas som en plikt att lindra lidande. Cedersjö (2000) betonar att om man som individ vet att man har rätt till dödshjälp den dagen man inte längre vill leva, så kan det lindra rädslan inför att befinna sig i livets slutskede. Detta fann också författarna i en vetenskaplig artikel i resultatet (Terkamo-Moisio m.fl., 2015). Författarna tänker att detta skulle kunna fungera preventivt när det gäller förväntansångest då den i sig kan vara fruktansvärd; på så vis har individen kvar kontrollen över sitt egna liv och autonomi. Till skillnad från Cedersjö (2000) så konstaterar Eriksson (1994) att lidandet inte alltid behöver förknippas med det *onda*. Cedersjö (2000) menar istället att vi vet med oss att smärta och elände resulterar i att vi människor blir pessimistiska och förbittrade. Cedersjö (2000) benämner en rapport från Socialstyrelsen från år 1994 där det framgår att mer än hälften av alla som avlider i Sverige präglas av svåra smärtor under sista veckan i livet. Om man utgår från patienter med cancer så var det hela nio av tio patienter som i livets slutskede plågades av svår smärtproblematik. Författarna är medvetna om att detta är många år tillbaka i tiden, vilket gör att en ny rapport troligtvis skulle se annorlunda ut då vi idag har mer kunskap om smärtlindring och palliativ vård. Cedersjö (2000) understryker att lidandet gestaltas som fostrande och renande även i Bibeln; detta kan inte vara ett argument mot att reducera smärta och ta till smärtlindring. Cedersjö (2000) beskriver ett kristet perspektiv och menar att Gud har givit människan ett alternativ att välja mellan gott och ont vilket resulterar i att människan har fått livet anförtrott av Gud. Detta borde kunna appliceras att man ska respektera individens valfrihet under hela livets gång (Cedersjö, 2000). Eriksson (1994) antar att man

måste ha exponerats av sitt egna lidande för att ha möjlighet till att kunna känna medlidande gentemot någon annan människa. Om man känner bitterhet raseras detta och resulterar i att man utdelar ondska istället. Författarna håller med Eriksson gällande empati och medlidande men ifrågasätter hennes resonemang kring bitterhet och ondska. Om man som individ befinner sig i en väldigt utsatt situation och vårdas av olika typer av lidande så borde det kunna betraktas som naturliga reaktioner och är en process man måste gå igenom. Tännsjö (2001) menar att om man utgår från en pragmatisk uppfattning så bör det förekomma en struktur i alla länder där ingen har rätten till någon form av dödshjälp utan att först blivit tillfrågade; ändå anses det rimligt att patienter som lider av outhärdlig smärta ska få hjälp. Författarna undrar hur Tännsjö menar gällande "tillfrågade"; förfrågan ska komma från patienten, inte någon annan. Detta skulle kunna tolkas som om att när en läkare väljer att avbryta en livsuppehållande behandling så tillämpas dödshjälp.

Kompetensbrist

Det framkommer i resultatet att många studier betonar kompetensbristen som har en stor inverkan på sjuksköterskors förhållningssätt (Pesut Thorne, Schiller, m.fl., 2020; Terkamo-Moisio, m.fl., 2016; Beuthin m.fl., 2018). I studien från Kanada där dödshjälp är lagligt kunde man även se att bristen på kunskapen om detta bidrog till en osäkerhet i yrkesprofession (Pesut, m.fl., 2020). I de studier där dödshjälp är lagligt och att detta fenomen ändå uppstår kan grunda sig i brist på erfarenhet. I länder där det är illegalt så anser författarna i denna litteraturstudie att kunskapsbristen är försvarligt eftersom det inte förekommer patientfall som kan bidra till en ökad beprövad erfarenhet. Man kan också diskutera vem som har ansvar för kompetensen på en arbetsplats, vilket skulle kunna vara arbetsgivaren. För att uppnå detta så måste man belysa problematiken till många fler än bara sjuksköterskor då det är en angelägenhet för flera parter. Om man utgår från de etiska koderna som tidigare nämnts i bakgrunden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) så kan man specificera nummer två som innefattar att sjuksköterskan har ett personligt ansvar gällande att bibehålla sin yrkeskompetens. När något nytt introduceras i arbetet så ligger ansvaret hos sjuksköterskan själv att bedöma om detta är applicerbart med patientens rättigheter, värdighet och trygghet. Vårdkulturen ska genomsyras av ett etiskt förhållningssätt med öppen dialog (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Furåker & Nilsson (2019) beskriver att i yrket som sjuksköterska ingår flera olika kärnkompetenser, bl.a. evidensbaserad vård som författarna i denna litteraturstudie anser ingår i erfarenhetsbaserad kompetens. Furåker och Nilsson (2019) beskriver vidare att med hjälp av beprövad erfarenhet bildas en kännedom och fakta som

sedan kan användas för att förklara handlingar i olika situationer. Författarna kunde tydligt se detta som en dominerande faktor hos sjuksköterskor gällande kompetens överlag.

Sjuksköterskor med erfarenhet om dödshjälp var mindre villiga till att delta i beslutet; detta kan ha med att dessa sjuksköterskor vet via beprövad erfarenhet att processen inte upplevdes som en god vård, medans majoriteten (Beuthin m.fl., 2018) ansåg att deras beprövad erfarenheter kunde tydligt se att lidandet lindrades med hjälp av dödshjälp och kunde upplevas som en eventuell fridfullhet. Författarna hade även en reflektion kring att en oförutsägbar arbetsplats kan medföra en stor kompetensbrist. Hollnagel (2013) beskriver att en sådan arbetsmiljö är ett hinder för att sjuksköterskor ska kunna finna tid att inhämta kunskap.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet av den här litteraturöversikten visar på att det krävs mer kompetens hos sjuksköterskor och förslagsvis bör ansvaret ligga hos arbetsgivaren. Då dödshjälp ständigt är ett aktuellt ämne politiskt och att det framförs en mer liberal syn på dödshjälp i olika delar av världen så krävs det mer kunskap och förståelse. Som vårdpersonal får du en överblick över vilka aspekter som tillkommer när det förs studier om detta ämne, som t.ex. religiösa yttringar, andra sjuksköterskors förhållningssätt, problematik som kan uppstå och för- och nackdelar med att utföra dödshjälp i sin profession. Syftet med denna studie var att åskådliggöra detta. Som närstående kan det vara betydelsefullt att veta hur vårdpersonal för resonemang och att man faktiskt tar upp dessa frågor inom vården i livets slutskede. Detta gäller även från ett patientperspektiv då man befinner sig i en väldigt utsatt situation när man har så pass dålig livskvalité att man överväger dödshjälp; som patient ska man känna sig trygg med att sjuksköterskan kan samtala kring komplexa frågor. Idag talar vi allt mer om döden och vi alla kommer någon gång stå inför den; ju mer kunskap verksamheterna får om dödshjälp desto bättre vård kan vi förvänta oss. Det betyder nödvändigtvis inte om själva utförandet utan istället om frågeställningarna som kan framföras från både patienter och närstående.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

Då dödshjälp anses som kontroversiellt och bidrar till genomträngande känslor hos olika individer så finns det risk att forskare kanske väljer bort detta ämne. Döden i sig är något som många kan uppleva som påfrestande att tala om, vilket kan göra att man väljer bort att delta i

olika studier. Författarnas förhoppning är att sjuksköterskor väljer att vara öppna inför dessa frågor och för diskussioner kring det komplexa området. Under forskningens gång så upptäckte författarna att man gör skillnad på psykiskt och fysiskt lidande. Den förstnämnda är inte lika vanligt förekommande men skulle vara intressant om det fanns mer forskning att tillgå inom det området, då oftast fokus ligger på den somatiska delen. Det är också mer komplicerat när det gäller den psykiska ohälsan. Det saknas också hur sjuksköterskans arbetsuppgifter ska gå till rent praktiskt under själva dödstillfället och planeringen som sker innan det inträffar. Gällande begrepp som tillämpas kring dödshjälp så har det varit olika tolkningar både i vetenskapliga artiklar och organisationer. Att fortsätta forska om detta kan bidra till en ökad kunskap till vårdpersonal om hur efterfrågan om dödshjälp ska hanteras. Det verkar också existera en kunskapsbrist hos sjuksköterskor; om mer forskning görs så skulle kompetensen kunna öka, vilket skulle stärka professionen. Argumenten som används mot dödshjälp är att den palliativa vården har brister. I så fall borde det läggas mer resurser på den palliativa vården för att få patienterna att känna sig tillfredsställda och erbjuda mer stöd. Författarna till denna litteraturstudie har haft syfte att fokusera på sjuksköterskans perspektiv men även patienter och anhörigas vore mycket betydelsefullt att beskriva. Detta skulle kunna göra att man får en helhetssyn med flera infallsvinklar. Det är stor skillnad att befinna sig i en sådan situation som patient och att vara närstående till någon som begär dödshjälp.

SLUTSATS

Resultatet i denna litteraturstudie antyder på att dödshjälp innefattar många faktorer; främst hur sjuksköterskor förhåller sig till detta inom professionen, religiösa yttringar, värdet kring patienters autonomi, sjuksköterskors arbetsmiljö och både psykiskt och fysiskt lidande. Detta ämne berör hela samhället och etik är en aspekt som dominerar fullständigt. Man upptäckte att religiösa övertygelser hade en viss påverkan men att det också i flera fall inte hade någon betydelse gällande synen på dödshjälp. Oavsett om sjuksköterskor motsatte sig dödshjälp så valde dom ändå att framhålla patientens autonomi som ett starkt argument, vilket indikerar på att detta går före sina subjektiva värderingar. Det saknades också hjälp i form av stöd efter man utfört dödshjälp både för sjuksköterskor och anhöriga. Stigmatisering och osäkerhet präglade en del sjuksköterskor, t.ex. genom att motsätta sig dödshjälp inför sina kollegor som istället ansågs som förespråkare för detta. Omgivningens negativa reaktioner, speciellt om man som sjuksköterska var bosatt i ett mindre samhälle, hade en inverkan. Sjuksköterskor

som hade en pessimistisk syn gällande dödshjälp betraktade det som ett bevis på att den palliativa vården är bristfällig.

REFERENSFÖRTECKNING

*artikel inkluderad i resultatet

Atkinson Smith, M., Torres, L., & Burton, T. C. (2020). Patient Rights at the End of Life: The Ethics of Aid-in-Dying. *Professional Case Management*, 25(2), 77–84. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1097/NCM.0000000000000392>

Brassington I. (2020). What passive euthanasia is. *BMC medical ethics*, 21(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00481-7>

* Beuthin, R., Bruce, A., & Scaia, M. (2018). Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' *Nursing Forum*, 53(4), 511–520. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/nuf.12280>

Cedersjö, B. (2000). *Ja eller nej till eutanasi*. I Forsbeck, R. (red.) (2000). En god död: om dödshjälp i livets slutskede. Örebro: Libris. sid 73-95

*De Hert, M., Van Bos, L., Sweers, K., Wampers, M., De Lepeleire, J., & Correll, C. U. (2015). Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS). *PloS one*, 10(12), e0144749. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144749>

*Demedts, D., Roelands, M., Libbrecht, J., & Bilsen, J. (2018). The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(7), 400–410. <https://doi.org/10.1111/jpm.12475>

Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016;316(1):79–90. doi:10.1001/jama.2016.8499

Eutanasi (u.å) I Medicinsk ordbok <https://www.medicinskordbok.se/term/eutanasi>

Feldt, Karen S, PhD, A.P.R.N., G.N.P.-B.C., Bond, Gail E, PhD., R.N., Jacobson, Dana, R.N., B.A., & Clymin, Janine, R.N., B.S. (2011). Washington State Death with Dignity Act: Implications for Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(10), 32-40. <http://dx.doi.org.esh.idm.oclc.org/10.3928/00989134-20110602-09>

- Florin, J. (2014) *Omvårdnadsprocessen* I Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. (red.) (2014). *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (s. 141–153). Lund: Studentlitteratur.
- Garrard E, Wilkinson S. Passive euthanasia. *J Med Ethics*. 2005;31(2):64.
<https://esh.idm.oclc.org/login?url=https://www-proquest-com.esh.idm.oclc.org/scholarly-journals/passive-euthanasia/docview/1781056621/se-2?accountid=27209>.
 doi:http://dx.doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1136/jme.2003.005777.
- Gesang, B. (2008). Passive and active euthanasia: what is the difference? *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 11(2), 175–180. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1007/s11019-007-9087-x>
- Griffith R. (2007). Euthanasia: is there a case for changing the law? *British Journal of Community Nursing*, 12(6), 273–277. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.12968/bjcn.2007.12.6.23776>
- Grodin, M. A., Miller, E. L., & Kelly, J. I. (2018). The Nazi Physicians as Leaders in Eugenics and “Euthanasia”: Lessons for Today. *American Journal of Public Health*, 108(1), 53–57. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.2105/AJPH.2017.304120>
- Hjelm, K (2020) *Religion och Hälsa*. <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/religion-och-halsa/>
- Hiscox, W. E. (2007). Physician-Assisted Suicide in Oregon: The ‘Death with Dignity’ Data. *Medical Law International*, 8(3), 197–220. <https://doi.org/10.1177/096853320700800301>
- Hollnagel, E (2013) *Att känna sig säker eller att var säker: övergången från säkerhet-I till säkerhet-II* I Ödegård, S. (red.) (2013). *Patientsäkerhet: teori och praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Jersild, P.C. (2020). *Hur vill du dö? om makten över livets slut*. Malmö: MTM.

Kjellström, S (2017) *Forskningsetik* I Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Kohl, M. (1992). Altruistic humanism and voluntary beneficent euthanasia. *Issues in Law & Medicine*, 8(3), 331.

Furker, C & Nilsson, A (2019) *Kompetens, kunskap och lärande* I Leksell, J. & Lepp, M. (red.) (2019). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (Andra upplagan). Stockholm: Liber.

Mendz, G. L., & Kissane, D. W. (2020). Agency, Autonomy and Euthanasia. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(3), 555–564. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177/1073110520958881>

*Naseh, L., Rafiei, H., & Heidari, M. (2015). Nurses' attitudes towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran. *International journal of palliative nursing*, 21(1), 43–48. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.1.43>

Nationella rådet för Palliativ vård (2016) ”Dödshjälp” – vad är det vi talar om? <https://www.nrvp.se/wp-content/uploads/2012/10/D%C3%B6dshj%C3%A4lp-vad-%C3%A4r-det-vi-talar-om-Nationella-R%C3%A5det-f%C3%B6r-Palliativ-V%C3%A5rd.pdf>

*Pesut, B., Thorne, S., Schiller, C. J., 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>

*Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M., & Burgess, M. (2020). *Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD)*. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(19/20), 3870–3881. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.15427>

Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., de Conno, F., Vanden Berghe, P., & Board Members of EAPC (2016). *Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care*. *Palliative*

medicine, 30(2), 104–116.

Inför aktiv dödshjälp: Motion 2020/21:1698 av Louise Meijer (M)

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

Ingham, L., & Marshall, B. (2020). End of life choice -- do nurses know what they are voting for? *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 26(6), 32–33.

Statens medicinsk-etiska råd. (SMER). (2017). *Dödshjälp: En kunskapssammanställning*. Stockholm: <https://smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-D%C3%B6dshj%C3%A4lp-En-kunskapssammanst%C3%A4llning.pdf>

Stilos, K. (Kalli). (2020). “How will I die?” *Canadian Oncology Nursing Journal*, 30(4), 316.

Socialstyrelsen (2011) *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. (Artikelnummer 2011-6-39) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2011-6-39.pdf>

Sumner, L.W. (2012). *Dödshjälp: etiska och juridiska aspekter*. Stockholm: Fri Tanke förlag AB.

Svenska Kyrkan (2018) Hur ser Svenska Kyrkan på dödshjälp?

<https://www.svenskakyrkan.se/filer/D%C3%B6dshj%C3%A4lp.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2018). *Sjuksköterskornas etiska råd - om dödshjälp*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314ab/1584004820498/livshj%C3%A4lp%20och%20d%C3%B6dshj%C3%A4lp%20ett%20diskussionsunderlag.pdf>

Svenska sjuksköterskeföreningen. (2017). ICN:s etiska koder för sjuksköterskor. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>

*Terkamo-Moisio, A., Gastmans, C., Ryyänen, O.-P., & Pietilä, A.-M. (2019). *Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process*. *Nursing Ethics*, 26(3), 700–

714. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177/0969733017720850>

*Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., Kangasniemi, M., Laitila, T., Rynänen, O. P., & Pietilä, A. M. (2017). *Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines*. *Nursing ethics*, 24(1), 70–86. <https://doi.org/10.1177/0969733016643861>

* Terkamo-Moisio, A. , Kvist, T. & Pietilä, A. (2015). *Multifaceted Nature of Euthanasia*. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(2), 105–112. doi: 10.1097/NJH.000000000000131.

Tännsjö, T. (2001). *Du skall understundom dräpa*. Stockholm: Prisma.

Tännsjö, T. (1998). *Vårdetik*. Stockholm: Tales.

Öhlén, J. & Rasmussen, B. (2018). *Livshjälp och dödshjälp i livets slut*.

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314ab/1584004820498/livshj%C3%A4lp%20och%20d%C3%B6dshj%C3%A4lp%20ett%20diskussionsunderlag.pdf>

Östlundh. L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59–83). Lund: Studentlitteratur

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Ange antal valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PubMed 20210408	(nurse [MeSH Terms]) AND (Euthanasia [MeSH Terms])	29	Årtal: 2010-2020 Engelska Full text	29	3	#8 Terkamo-Moisio, A m.fl. (2019) #4 Denier Y, m.fl (2010) #9 Terkamo-Moisio, A. m.fl. (2017)
PubMed 20210415	(Nurse Attitudes[MeSH Terms]) AND (euthanasia[MeSH Terms])	48	Årtal: 2010-2020 Engelska Full text	48	3	#5 Naseh, L., m.fl (2015) #3 Demedts, D. m.fl. (2018) #2 De Hert, M., m.fl. (2015)
Cinahl Complete 20210408	(MH "Euthanasia, passive" OR Euthanasia") AND (MH" nurses")	33	Årtal: 2010-2020 Peer review	33	2	#7 Pesut, B., m.fl. (2020) #1 Beuthin, R. m.fl. (2018)
Cinahl Complete 20210408	(MH "Nurse Attitudes") AND (MH "Euthanasia")	42	Årtal: 2010-2020 Peer review	42	2	#6 Pesut, B. m.fl. (2020)

						#10 Terkamo-Moisio, A., m.fl. (2015)
--	--	--	--	--	--	--

BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
#1 Beuthin, R., Bruce, A., & Scaia, M. (2018)	Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses	2018, Kanada, Nursing Forum	Att förstå sjuksköterskornas erfarenhet av att delta och inte vilja delta i dödshjälp.	Design: Kvalitativ Urval: 17 Sjuksköterskor Datainsamling: Interjuver Analys: En kvalitativ analys.	Sjuksköterskorna ansåg att en assisterad död var en förlängning i sin yrkesprofession och att man kunde ge en helhetsomvårdnad utan att känna sig fördömande av andra. De kunde säkerställa att patientens vilja och självbestämmande bibehålls.
#2 De Hert, M., Van Bos, L., Sweers, K., Wampers, M., De Lepeleire, J., & Correll, C. U. (2015)	Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS)	2015, Belgien, PLOS one	Att undersöka psykiatrisjuksköterskors attityder gentemot eutanasi.	Design: Kvantitativ Urval: 11 psykiatriska sjukhus Datainsamling: frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik.	Majoriteten av sjuksköterskorna saknar kompetens för hur man ska förhålla sig till patienter som efterfrågar dödshjälp.

#3 Demedts, D., Roelands, M., Libbrecht, J., & Bilsen, J. (2018)	The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study	2018, Belgien, Journal of psychiatric and mental health nursing	Att undersöka kunskaper hos psykiatri sjuksköterskor gällande UMS (mentalt lidande).	Design: Tvärsnittsstudie Urval: Fyra psykiatriska sjukhus Datainsamling: frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik.	Majoriteten av sjuksköterskorna kunde ställa sig bakom legalisering av dödshjälp gällande mentalt outhärdlig lidande.
#4 Denier Y, Dierckx de Casterlé B, De Bal N, Gastmans C, (2010)	It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia	2010, Belgien, Med Health Care and Philos	Att undersöka sjuksköterskors erfarenheterna gällande eutanasi.	Design: Kvalitativ Urval: 18 sjuksköterskor Datainsamling: Interjuver Analys: Deskriptiv statistik.	Dödshjälpprocessen har en inverkan på sjuksköterskornas emotionella plan och även en del praktiska problem.
#5 Naseh, L., Rafiei, H., & Heidari, M. (2015)	Nurses' attitudes towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran	2019, Iran International Journal of Palliative Nursing	Att utforska sjuksköterskornas förhållningssätt gentemot eutanasi.	Design: Tvärsnittsstudie Urval: 266 sjuksköterskor Datainsamling: Två delat frågeformulär Analys: Kvantitativt statistik.	Sjuksköterskorna i Iran motsätter sig dödshjälp. En orsak som påverkade beslutet är religiösa yttringar.
#6 Pesut, B., Thorne, S.,	The rocks and hard places of MAiD: a	2020, Kanada	Att få en bättre förståelse kring	Design: Kvalitativ Urval: 59 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna som deltog påpekade att det skiftar mellan

Schiller, C. J., Greig, M., & Roussel, J. (2020)	qualitative study of nursing practice in the context of legislated assisted death	BMC nursing	konsekvenserna av lagstiftningen MAiD och hur det påverkar sjuksköterskornas erfarenhet och praxis.	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: En kvalitativ analys.	vilket sjukhus man arbetar på och vilket stöd som erbjuds. Samarbetet mellan olika vårdaktörer har en inverkan på sjuksköterskornas välbefinnande och hur man ska utföra eutanasi. Det fanns brister när man ville försöka tillämpa dödshjälp samtidigt som man ger en personcentrerad vård med god kvalitet.
#7 Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M., & Burgess, M. (2020)	Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD)	2020, Kanada, Journal of Clinical Nursing	Att undersöka sjuksköterskornas etiska erfarenheter och utmaningar gällande eutanasi.	Design: Kvalitativ Urval: 59 Sjuksköterskor Datainsamling: Interjuver Analys: Kvalitativt analys	Dödshjälp påverkar sjuksköterskorna avsevärt och att de måste ständigt kämpa med de etiska aspekterna.
#8 Terkamo-Moisio, A., Gastmans, C.,	Finnish nurses' attitudes towards their	2019, Finland	Att undersöka hur sjuksköterskor ställer sig inför sin	Design: Tvärsnitt webbaserad undersökning Urval: 1003 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna i Finland skulle kunna tänka sig vara involverad i beslutet av

Ryynänen, O.-P., & Pietilä, A.-M. (2019)	role in the euthanasia process	Nursing Ethics	roll i dödshjälps processen.	Datainsamling: Webbformulär Analys: Deskriptiv analys.	dödshjälp, dock som konsult och inte i en delaktig roll. Även i förberedelserna men förnekar skyldighet i att behöva delta.
#9 Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., Kangasniemi, M., Laitila, T., Ryynänen, O. P., & Pietilä, A. M. (2017)	Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines	2017, Finland Nursing ethics,	Att undersöka finska sjuksköterskors förhållningssätt gällande eutanasi samt vilka egenskaper som krävs.	Design: Kvantitativ Urval: 1003 Sjuksköterskor Datainsamling: Webbformulär Analys: Deskriptiv statistik.	Religion är en aspekt som har inverkan på hur finska sjuksköterskor ser på eutanasi.
#10 Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., & Pietilä, A.-M. (2015)	Multifaceted Nature of Euthanasia	2015, Finland, Journal of Hospice & Palliative Nursing	Att utforska sjuksköterskornas uppfattning om dödshjälp och dess legalitet i Finland och kunna bidra till den pågående debatten.	Design: Kvalitativ Urval: 17 sjuksköterskor Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Kvalitativ analys.	I resultatet kunde man hitta positiva inställningar från sjuksköterskorna gällande eutanasi; dessa hade att göra med sjuksköterskornas erfarenhet av att se en patient lida och känslan av hopplöshet och oförmågan att kunna hjälpa patienten.

