

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Godkänt och examinerat: 2020-12-17

Faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelse av dödshjälp.

En litteraturöversikt

Factors affecting nurse's experience of euthanasia.

A literature review

Författare: Isabella Pizarro Martinez
Magdalena Szewko

Handledare: Catarina Nahlén Bose, Med. Dr.
Inger Wallin Lundell, Med. Dr.
Stephanie Pillard-Borg, Med. Dr. Docent.

Examinator: Ann Hägg Martinell, Med. Dr.

Klicka eller tryck här för att ange text.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sjuksköterskan har en central roll i omvårdnaden av patienter i livets slutskede. Denna typ av vård kan vara komplext och krävande där sjuksköterskan bland annat kan uppleva etiska dilemman och svårigheter med att hantera patientens lidande.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva faktorer som har betydelse för sjuksköterskans upplevelse av dödshjälp.

Metod: Studien är en allmän litteraturöversikt baserad på 12 vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats.

Resultat: Resultatet presenteras utifrån två teman samt sex kategorier: *Sjuksköterskans synsätt* med kategorierna: individuell livsåskådning, livserfarenhet samt moraliska dilemman och *Kommunikation* med kategorierna: samarbetet i vårdteamet, samarbetet i vårdrelationen samt delaktighet i dödshjälpsprocessen.

Slutsats: Personliga värderingar kunde skapa inre konflikter, moraliska dilemman och svårigheter med att hantera denna patientgrupp. Öppen och icke dömande kommunikation var viktig för att bibehålla personcentrerad vård. Samarbetet i vårdteamet var essentiellt för att motverka negativa känslor kring dödshjälp.

Nyckelord; dödshjälp, omvårdnad, palliativ omvårdnad, sjuksköterskor, upplevelser

ABSTRACT

Background: Nurses have a key role in end-of-life care. This type of care can be complex and demanding where nurses may experience ethical dilemmas and difficulties in dealing with the patient's suffering. In society, there are different approaches to death where euthanasia is a controversial and debated topic.

Aim: The purpose of this study was to describe factors of importance to the nurse's experience of euthanasia.

Method: The study is a general literature review based on 12 scientific articles.

Result: The result was presented in two main themes and six categories: *Nurses attitudes* presented with the categories: individual life philosophy, life experiences and moral dilemmas and *communication* presented with the categories: nursing relationship, teamwork and participation in the euthanasia care.

Conclusion: Personal values could create inner conflicts, moral dilemmas and difficulties in managing these types of patients. An open and non-judging communication was important to maintain personalized care. Collaboration in the working team was essential to combat negative feelings related to euthanasia.

Key words; care, euthanasia, experiences, nurses, palliative care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	i
ABSTRACT	ii
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Omvårdnadens etiska principer	2
Historiska förhållningssätt till döden	3
Dödshjälp	4
Palliativ omvårdnad.....	5
BÄRANDE BEGREPP	6
Lidande - Katie Eriksson.....	6
Värdighet.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	7
METOD.....	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	11
Etiska aspekter.....	13
RESULTATREDOVISNING	13
SJKSKÖTERSANS SYNSÄTT.....	14
Individuell livsåskådning	14
Livserfarenhet.....	14
Moraliska dilemman.....	15
KOMMUNIKATION.....	16
Samarbetet i vårdrelationen.....	16
Samarbetet i vårdteamet	17
Delaktighet i dödshjälpsprocessen	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	20

SLUTSATSER.....	22
REFERENSER.....	23
BILAGOR.....	27
Bilaga 1:1 Kvalitativ granskningsmall.....	27
Bilaga 1:2 Kvantitativ granskningsmall.....	29
Bilaga 2. Artikelmatris	ii

INTRODUKTION

Författarnas intresse för ämnet väcktes av tidigare erfarenheter kring människors lidande i livets slutskede, via egna arbetsplatser samt verksamhetsförlagd utbildning. I en del fall var processen smärtsam, långdragen och långt ifrån det värdiga slut som många önskar sig. Vid upprepade tillfällen har vi varit med om när patienter uttryckt en önskan om att dö. Detta väckte tankarna kring begreppet dödshjälp och sjuksköterskors upplevelser kring detta. Vi fann det intressant att belysa upplevelsorna dels för att öka kunskapen om ämnet men även för att se vad det har för betydelse för sjuksköterskan i sin profession. Vår förhoppning är att detta kan bidra med en ökad förståelse för hur man kan bemöta patienter som uttrycker en önskan om att avsluta sina liv på bästa sätt, trots att dödshjälp inte är tillåtet i Sverige.

BAKGRUND

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017, s. 4-5) är omvårdnaden baserad på patientens grundläggande behov vilket inkluderar olika dimensioner inom fysiska, psykosociala, andliga och kulturella upplevelser. En legitimerad sjuksköterska ansvarar för omvårdnadsarbetet vilket innebär att sjuksköterskan självständigt, i teamsamverkan och med patienten samt dennes närstående ansvarar för planeringen, genomförandet och utvärderingen av omvårdnaden. Sjuksköterskan ska ha tillräcklig kompetens för att kunna identifiera olika omvårdnadsbehov, utföra omvårdnadsuppgifter och kunna etablera en förtroendefull vårdrelation med patienten och dennes anhöriga. Dessa faktorer utgör grunden för en god omvårdnad. Det är essentiellt för sjuksköterskan att ha ett helhetsperspektiv för att kunna begripa de olika komplexa behov och problem som kan uppstå (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 4-5). Sjuksköterskan möter i sitt arbete inom palliativ omvårdnad patienter som uttrycker en önskan om att dö (Verpoort, Gastmans, & De Casterlé, 2004, s. 592). Denna förfrågan bidrar till blandade känslor och tankar vilket skapar starka moraliska dilemman hos sjuksköterskor. Detta då det idag i det flesta länder ej är tillåtet att hjälpa en patient att dö (Statens medicinsk-etiska råd 2017, s. 11). Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod (2017, s. 3) är sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden att: främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom samt återställa hälsa. Dessa ansvarsområden är baserade på omvårdnadens etiska principer beskrivna nedan.

Omvårdnadens etiska principer

Beauchamp och Childress (2001, s. 1) skriver om de olika etiska principerna som en sjuksköterska bör utgå ifrån i sitt arbete. De beskriver hur det sedan urminnes tider kritiskt reflekterats över vårdgivaren samt samhällets moraliska skyldighet att förebygga sjukdom. Trots detta har dessa historiska förhållningssätt inte varit adekvata för modern biomedicinsk etik, främst då problem såsom, transparens, integritet, rättvisa och ansvar bland annat inte övervägts (Beauchamp & Childress, 2001, s. 1). I en studie skriven av Numinen, Van der Arend och Leino-Kilpi (2009, s. 380) beskrivs det hur dessa etiska koder gav sjuksköterskor vägledning vid etiska situationer. Trots att dem inte gav självklara svar bistod de sjuksköterskorna i sitt agerande och beslutsfattande (Numinen, et al., 2009, s. 380).

Beauchamp och Childress (2001, s. 2-3) kommer fram till fyra etiska principer. Den första principen: *autonomiprincipen* beskrivs som ett brett koncept och kan kort förklaras med ordet självbestämelse men berör även begrepp som; frihet, privatliv, respekt, valfrihet och rättigheter. Självbestämelse och autonomi är en central del i Kants pliktetik, där människan anses ha eget ansvar för handlingar och val (Friend, 2011, s. 113). Kant ansåg att pliktetiken grundas i förnuftet. Konsekvenserna saknar betydelse utan det är det moraliska värdet i handlingen som är viktiga (Christie, Groarke & Sweet, 2008, s. 55; Friend, 2011, s. 113). Det kan finnas fall där individen har en minskad autonomi, exempelvis på grund av sjukdom och sitt mentala tillstånd ej kan ta välgrundade beslut för sig själv. Men även människor med sin autonomi i behåll kan uppleva svårigheter i beslutsfattande, där kan det röra sig om brist på kunskap, tvång eller andra situationer som stävjar en människas valmöjligheter (Beauchamp & Childress, 2001, s. 115-117). Målet är att kunna respektera en individs vilja och rätt att

påverka sina beslut och är ett komplext samspel mellan respekt för individens autonomi och lagstiftning (Friend, 2011, s. 115-116). En patient bör exempelvis vara tillräckligt trygg för att våga uttrycka sin vilja och tillräckligt informerad för att ta välgrundade beslut (Beauchamp & Childress, 2001, s. 57-58).

Vidare beskrivs principen *att inte skada* som härstammar ända från Hippokrates tid. Den syftar på principen att som vårdgivare använda sig av kunskap och behandling för att hjälpa och bistå de sjuka, men aldrig för att skada. Det finns de filosofer som förenar denna princip med principen att göra gott, dock menar Beauchamp och Childress (2001, s. 115-117) att dessa bör särskiljas då handlingen att inte skada per automatik inte innebär att göra gott. Inom biomedicinsk etik syftar man på: att icke döda, inte orsaka smärta och lidande, inte förlama någon, inte förolämpa samt inte förneka andra det goda (Beauchamp & Childress, 2001, s. 115-117). Beauchamp och Childress (2001, s. 121) beskriver att det finns skillnader mellan att döda och att låta någon dö. Detta styrker även Evans (2015, s. 631) där det diskuteras om handlingen att avsluta livsuppehållande åtgärder eller att inte starta en livsavgörande behandling kan ses som en form av passiv dödshjälp, vilket i sin tur kan tolkas som att korsa gränsen att skada (Ersek, 2004, s. 48; Evans, 2015, s. 631).

Den tredje principen: *Godhetsprincipen, att göra gott* syftar till att främja hälsa genom att främst förebygga skada och lindra lidande. Det rör sig alltså om aktiva beslut och handlingar där det inte enbart är tillräckligt att avstå från en skadlig handling som vid tidigare princip (Beauchamp & Childress, 2001, s. 117 & 165).

Den fjärde och sista principen *rättvisepincipen* syftar på en jämlik rätt till hälsa och vård. Med det menas att de bör fördelas lika, fördelas efter behov och fördelas efter insats. Inom vården kan detta exempelvis innebära att som sjuksköterska erbjuda likvärdig vård för två patienter med samma tillstånd trots olika bakgrund. Det förekommer dock även i denna princip olika etiska samt moraliska svårigheter. Olika socioekonomiska förutsättningar samt bristen på jämlikhet i samhället är något som även präglar vården. Runtom i världen finns det olika syn på vem som anses ha rätt till vad och hur man bör fördela vården (Beauchamp & Childress, 2001, s. 240-241).

Historiska förhållningssätt till döden

De olika kollektiva synsätten på livet och döden påverkar omvårdnaden och sjukvården överlag. Dessa olika synsätt varierar utifrån olika situationer, men de olika synsätten kan även vara närvarande samtidigt då vi präglas av historiska arv. Det beskrivs i litteraturen tre historiska förhållningssätt till döden (Jakobsson, Andersson & Öhlén, 2014, s. 181).

Det traditionella förhållningssättet då döden var en naturlig del av livet och dess vardag, *det moderna förhållningssättet* då sjukvården tog över vårdandet av döende människor. Till skillnad från tidigare var det nu professionella vårdare "de vita rockarna" som hade tolkningsföreträde samt *det postmoderna förhållningssättet* som speglar nutiden, där autonomi och valfrihet är högt värderat. Den ökade individualismen leder till försök att ta kontroll över ens egna liv, identitet, samt ens egna död. Den ökade sekulariseringen resulterar i att många tagit avstånd från diverse religiösa ritualer och traditioner, samtidigt råder viss

förvirring kring hur sorg, svår sjukdom och död bör hanteras. I kontrast till tidigare epoker är det idag inte en självklarhet hur du ska leva eller dö. I enighet med detta är det allt fler som ifrågasätter de professionellas sätt att tolka döendet och sorg (Jakobsson et al., 2014, s.183-184). I dagens moderna samhälle är det främst hjärt- och cancersjukdomar som orsakar människors död men det finns ingen kollektiv allmän tro eller samhällseliga seder som förr. Därmed landar det på den enskilda individen att söka efter strategier som exempelvis stöd från anhöriga eller vårdpersonal för att hantera sin situation (Johansson, 2014, s. 140).

Dödshjälp

Statens medicinsk-etiska råd (2017, s. 47) beskriver att det idag är olagligt i de flesta länderna i världen med dödshjälp. Dock existerar det i ett femtontal länder och delstater någon form av legaliserad dödshjälp. Det finns två dominerande modeller dessa är Benelux modellen och Oregonmodellen. I Benelux modellen är det lagligt med så kallad dödshjälp vilket innebär en medicinsk handling som utförs av läkare med intentionen att avsluta patientens liv. Denna modell etablerades på 1970-talet i Nederländerna och tillämpas även i Belgien samt Luxemburg. Kravet för att kunna få dödshjälp är ett outhärdligt lidande som inte går att lindra. Det finns inget krav på att ha en dödlig sjukdom och även individer med en psykisk sjukdom kan be om detta. I Oregonmodellen som introducerades i den amerikanska staten Oregon 1997 är det lagligt med så kallat läkarassisterat självmord vilket innebär att läkaren skriver ut en dödlig dos läkemedel vilket sedan patienten intar själv. Kravet för detta är att ha högst sex månader kvar att leva (Statens medicinsk-etiska råd, 2017, s. 47). Det är denna modell som det främst debatterats om i Sverige (Statens medicinsk-etiska råd, 2017, s. 27). I Sverige är det i nuläget inte brottsligt med medhjälp till självmord. Däremot ska vårdpersonal och läkare erbjuda en omsorgsfull vård grundad i beprövad erfarenhet och vetenskap. Bedömningen görs att assisterat självmord inte uppfyller dessa krav vilket gör att en läkare skulle riskera att mista sin legitimation vid denna handling (Statens medicinsk-etiska råd, 2017, s. 61).

Några länder som bryter mot tidigare nämnda modeller är Kanada, Colombia och Schweiz. I Schweiz är aktiv dödshjälp förbjudet, men tillåtet med assisterat självmord dock finns det inget krav på någon tidsstämpel om när döden förväntas inträffa. I Kanada samt Colombia är både aktiv dödshjälp och assisterat självmord tillåtet, här krävs det dock att patienten lider av en dödlig sjukdom (Statens medicinsk-etiska råd, 2017, s. 47). För att uppnå en förståelse kring detta komplexa ämne är det viktigt med en enhetlig terminologi. I den svenska debatten kring dödshjälp har det förekommit många olika termer. Innebörden av dessa och avgränsningen mot andra termer har varit diffus. Detta har bäddat för oklarheter samt missförstånd i diskussionen (Statens medicinsk-etiska råd, 2017, s. 29). Det har exempelvis i tidigare år diskuterats om assisterat självmord är en form utav passiv dödshjälp. Samtidigt har termen passiv dödshjälp främst använts för att beskriva avslutandet eller att avstå från livsuppehållande åtgärder (ex. stänga av respirator). Därmed har det förekommit otydligheter om vad denna term inbegriper. Ett annat exempel är begreppet eutanasi som definierat allt ifrån dödshjälp till "den goda döden" (betydelsen på grekiska) i allmänhet (Statens medicinsk-etiska råd, 2017, s. 30). Statens medicinsk-etiska råd (2017, s. 32) anser dock att debatten inte bör haka upp sig på olika ordval, fokus bör istället vara på sakfrågan i sig. Därför har det valts

att i denna studie fokusera på begreppet dödshjälp som en övergripande term för insatser att avsluta en allvarligt sjuk patients liv utefter dennes önskan.

Palliativ omvårdnad

Palliativ omvårdnad är en helhetsvård av patienter i livets slutskede. Palliativ omvårdnad rör sig om att övergå från en behandling som "kurerar" till en vård som enbart "lindrar", vilket speglas av det palliativa förhållningssättet att stödja och upprätthålla ett värdigt liv med högt välbefinnande ända till slutet. I detta moment står en individanpassad vård i fokus och man utgår då ifrån varje enskild individ och dennes behov för att uppnå en så personlig vård som möjligt och därmed öka patientens självbestämmande samt delaktighet i vården (Socialstyrelsen, 2013, s. 23). Det bör även betonas att palliativ vård i tidigt sjukdomsskede kan innefatta livsförlängande terapier som exempelvis: strålning, operation eller cellgiftsbehandlingar (Socialstyrelsen, 2013, s. 19). I dagens samhälle bekämpas döden. Med hjälp av avancerad sjukvård och teknologi lever människan längre än någonsin förr. Detta leder till att flertalet människor lever sin sista tid med kognitiv/kroppslig försvagning samt en eller flera kroniska sjukdomar vilket i sin tur ökar behoven av vård- och omsorg. Denna utveckling har gjort den långsamma döden väldigt vanlig (Friend, 2011, s. 115). Viljan att leva är en sådan stark kraft att exempelvis cancerpatienter är villiga att genomgå behandlingar med stora biverkningar för att förlänga livet (Jacobsson et al., 2014, s. 181). Dock visar studier att många önskar att den egna döden ska vara smärtfri och obekymrad, att man helst dör i sömnen. Många fruktar en långsam plågsam död med förlust av ens tidigare fysiska och kognitiva förmågor samt ett ökat beroende av andra (Hudson et al., 2006, s. 694). Det finns en generell uppfattning om att det är bättre att dö i höga åldrar, dock innebär detta i sig inte en "god" död (Howarth, 1998, s. 677-678). Sjuksköterskans syfte i denna typ av vård är att förebygga samt lindra lidande och främja en god livskvalitet för de patienter som drabbats av exempelvis obotlig sjukdom. Att tidigt upptäcka samt behandla och förebygga fysiska, psykosociala samt existentiella problem är viktigt för att kunna uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienterna och dess anhöriga i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013, s. 16; Johanson, 2014, s.74-75). Trots detta möter sjuksköterskor inom den palliativa vården patienter som uttrycker en önskan om att dö. Denna typ av önskan visar sig i studier ha en djupare mening för patienterna än att enbart grunda sig i exempelvis smärta och/eller rädslor. I en del fall fanns även andra bakomliggande faktorer i önskan som sällan uppmärksammas. Bland annat nämndes känslan av ensamhet samt att ej bli en börda för andra som ytterligare orsaker bakom önskan (Ohnsorge, Gudat & Rehmann-Sutter, 2014, s. 13-14). Vidare beskrivs det hur möten med döende patienter som är svårt sjuka kan krypa "under huden", vilket ställde stora krav på sjuksköterskan som professionell och som individ (Schuster, 2006, s. 76-78). Detta i sin tur visade på en ökad stress hos sjuksköterskor som arbetade inom palliativ vård. Känslor som skuld, ilska och sorg var några av det centrala begrepp som beskrevs när det fanns svårigheter att lindra lidandet samt förstå innebörden av patientens önskan om att dö (Wiegand & Funk, 2012 s. 482-483).

BÄRANDE BEGREPP

Lidande - Katie Eriksson

Lidande är en del av livet, något som alla människor upplever. Vid ohälsa är lidande centralt i patientens livsvärld, däremot upplevs lidandet olika för alla människor. Ibland är lidandet uppenbart för omgivningen likväl kan lidandet vara dolt och svårare att förstå (Eriksson, 2014, s. 59). Lidandet har många aspekter och dimensioner, hur patienten hanterar och uthärdar lidandet beror på den innebörd som lidandet ges av patienten. Exempelvis kan en patient ha svåra smärttillstånd utan att anse att denne lider samtidigt kan någon annan uppleva ett stort lidande utan fysiologiska orsaker. Beroende på individens unika sätt att förstå sin omgivning samt sig själv kan lidande om uthärdlig ses som en naturlig del av livet och en möjlighet för utveckling. Lidandet kan även upplevas outhärdlig och förstås då som en kamp mellan gott och ont där lidandet måste bekämpas (Eriksson, 2014, s. 77-79).

Lidande delas upp i 3 olika dimensioner livs-, sjukdoms- och vårdlidande. Dessa kan finnas samtidigt vilket gör lidandet komplext.

Livslidande är kopplat till en människas liv och kan med det sagt se väldigt olika ut. Det kan härröra från trauman, katastrofer, sjukdomar eller även olika mönster som upprepas över tid, exempelvis rasism, mobbning och så vidare (Eriksson, 2014, s. 88)

Sjukdomslidande är kopplat till en diagnos och avser lidande orsakad av sjukdom och dess behandling, t.ex. biverkningar från en cytostatikabehandling. Sjukdom kan påverka människan på olika sätt, behandling och sjukdomsförlopp kan medföra en känsla av brist på kontroll samt ändrad syn på sig själv som människa. En patient kan ha förlorat förmågan att gå eller att kontrollera blåsfunktionen, på så vis kan sjukdomslidande även innefatta själsligt- och andligt lidande (Eriksson, 2014, s. 78-79).

Vårdlidande är ett onödigt lidande kopplat till den vård patienten ges och kan upplevas i olika vårdsituationer. Patienten kan uppleva vanmakt i relationen till vårdaren, där denne kränks eller försummas. Det kan handla om att inte bli tagen på allvar eller inte känna en trygghet att kunna uttrycka sig. Detta är starkt kopplat till den vårdrelation som formats mellan patient och vårdgivare. Lidandet kan vara en följd av vårdgivarens välvilja likväl hans försummelse. Till exempel kan en sjuksköterska enbart utgå från sig själv och faktakunskaper om hur det "bör" vara och därmed förbise individen, detta leder då till en stor risk att orsaka ett vårdlidande (Dahlberg, 2002, s. 7-8; Eriksson, 2014, s. 81) I sjuksköterskans roll ingår uppgiften att *lindra lidande*. Detta upplevs svårt och i somliga fall omöjligt. Det är essentiellt att möta patienten i lidandet och att våga se lidandet för att kunna lindra det. Patienten som person bör vara utgångspunkten för hur vården utformas (Flensner, 2014, s. 117).

Värdighet

Att upprätthålla patientens *värdighet* är en viktig pelare i att lindra patientens lidande. Det relativa människovärdet är påverkbart och kan alltså kränkas, den tar form utav den kultur man befinner sig i. De centrala begreppen i värdighet är autonomi, integritet och fysisk samt kulturell identitet. Dessa egenskaper kan skadas eller hotas av andras handlande. Därmed kan den personliga värdigheten reduceras eller gå förlorad. En individ som blivit kränkt kan alltså hävda att denne förlorat sin värdighet. Sjuksköterskan kan egentligen inte uppehålla sin egen värdighet utan att uppehålla patientens värdighet. Därmed grundar sig *vårdrelationen* på respekt för den andres värdighet och människovärde (Berggren, 2014, s. 136-137).

PROBLEMFORMULERING

Inom omvårdnad ansvarar sjuksköterskan för att både upptäcka olika omvårdnadsbehov samt kunna planera och utföra olika omvårdnadsåtgärder. Detta arbete ska alltid utgå ifrån patientens behov. Tidigare studier visar att dödshjälp är ett ämne som det debatterats om i både Sverige och runtom i världen. Sjuksköterskor möter i sitt dagliga arbete patienter som lider av livshotande sjukdomar där dem får vittna till de negativa aspekterna av olika tillstånd, samt se lidandet det orsakar hos patienten och dess anhöriga på nära håll. Detta kan upplevas vara svårt för sjuksköterskorna då principerna att göra gott, lindra lidande samt respektera patientens önskan att få dö med värdighet inte alltid samverkar med varandra. Sjuksköterskan har en stor roll i denna process då de ofta har en nära vårdrelation till patienten och anhöriga, samt att de får föra patientens talan i diskussioner kring detta komplexa ämne. Därmed har sjuksköterskan en unik inblick i detta samt mycket kunskap som bör beaktas för att uppnå en optimal omvårdnad. Då sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig för patienten är det problematiskt att inte belysa deras upplevelser av dödshjälp då det berör patientens slutskede i livet där sjuksköterskan har en central roll. Genom att belysa de olika faktorer av betydelse för sjuksköterskans upplevelse tar man vara på kunskap och/eller hinder som kan vara behjälpligt vid mötet med patienter som uttrycker en önskan om att dö.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva faktorer som har betydelse för sjuksköterskans upplevelse av dödshjälp.

METOD

Design

Studien är en allmän litteraturöversikt som är utformad med hjälp av Polit och Becks (2014, s. 118) niostegsmodell, *se figur 1*. Litteraturöversikten har i huvudsyfte att kritiskt granska och summera redan existerande evidensbaserad forskning (Polit & Beck, 2014, s. 114). Enligt Polit och Beck (2014, s. 117) bör man vid en litteraturöversikt främst använda sig utav primära källor vilket innebär att studiens författare även är de som ansvarat för forskningen. Artiklarna baseras på både kvantitativa och kvalitativa ansatser då båda dessa bidrog till syftet samt resultatet. I processens **första steg** formulerades en frågeställning samt syfte.

Steg 1 Formulera frågeställning och syfte.	Steg 2 Skapa sökstrategi. Val av databas och sökord.	Steg 3 Söka och identifiera potentiella primära källor (artiklar). Dokumentera.
Steg 4 Granska källor efter relevans för syftet.	Steg 5 Läsa utvalt material.	Steg 6 Sortera, sammanfatta och granska information från utvalda artiklar
Steg 7 Kritiskt granska och utvärdera valda artiklar.	Steg 8 Analysera och sammanställa informationen från artiklar.	Steg 9 Sammanställa resultatet.

Figur 1. Polit och Beck (2017) niostegsmodell, fritt översatt av författarna.

Urval

Urvalet för denna studie har baserats på inklusions- samt exklusionskriterier som utformats för att begränsa urvalet i artiklarna och bidra till en tydligare sökning. Inklusionskriterierna för urvalet var publicerade vetenskapliga originalartiklar med kvalitativ samt kvantitativ ansats som beskriver sjuksköterskors upplevelse vid dödshjälp. Inom ramen för denna studie ”upplevelse” inkluderas begreppen ”erfarenheter”, ”attityder” och ”roll”. Därutöver inkluderades vetenskapligt granskade (peer reviewed) som Polit och Beck (2017, s. 62) beskriver innebär att artiklarna är kritiskt granskade av ett flertal forskare oberoende av varandra, för att därefter godkännas för publicering. samt studier skrivna på svenska eller engelska som publicerats de senaste elva åren (2010-2020). Artiklar som var inriktade på frågor kring dödshjälp inom pediatrik vård samt vid mentala och psykiska sjukdomar valdes att exkluderas då fokus var på myndiga individer med somatiska sjukdomar. Polit och Beck (2017, s. 117) beskriver att litteraturöversikter bör baseras på primära källor vilket innebär att forskningen är genomförd av författarna därav har litteraturöversikter exkluderats då dessa

anses vara sekundära källor. Vidare valdes även studier skrivna på annat språk än svenska och engelska att exkluderas.

Datansamling

I *steg två* utformades en sökstrategi baserad på tidigare beskrivna urvalskriterier. Polit och Beck (2012, s. 96-97) beskriver att en tydlig sökstrategi innebär tydliga regler samt inklusions och exklusionskriterier som bidrar till studiens överförbarhet. Med detta menas att andra forskare skall kunna tillämpa samma sökstrategi och då även komma fram till samma slutsats som ursprungs studien (Polit & Beck, 2012, s. 96-97). Sökningar efter artiklar gjordes i databasen CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) som enligt Polit och Beck (2017, s. 120) beskrivs som en viktigt och användbar elektronisk databas med över en miljon publikationer relevanta för forskning inom omvårdnad. Vidare gjordes även en senare sökning i databasen MEDLINE (Medical Literature On-Line) som även denna enligt Polit & Beck (2012, s. 100) ansågs som en användbar databas vid omvårdnadsforskning. Följande sökord översattes från svenska till engelska och användes sedan genomgående i sökningarna: *euthanasia, nurse, terminally ill, role, care, assisted suicide, death och experience*. Med hjälp av sökstrategin påbörjades sedan *steg 3* och insamling av material. Sökorden valdes att kombineras med den boolanska operatören AND som användes för att utöka och specificera sökningen för ett mer framgångsrikt resultat (Polit & Beck, 2012, s. 99). Vidare valdes även att i en del sökningar kombinera sökorden med trunkering (astetriks *) vilket bidrog till en expanderings av sökningen då trunkeringar inkluderar olika böjningar av ett sökord (Polit & Beck, 2012, s. 99). Sökningarna redovisas nedan i *tabell 1*.

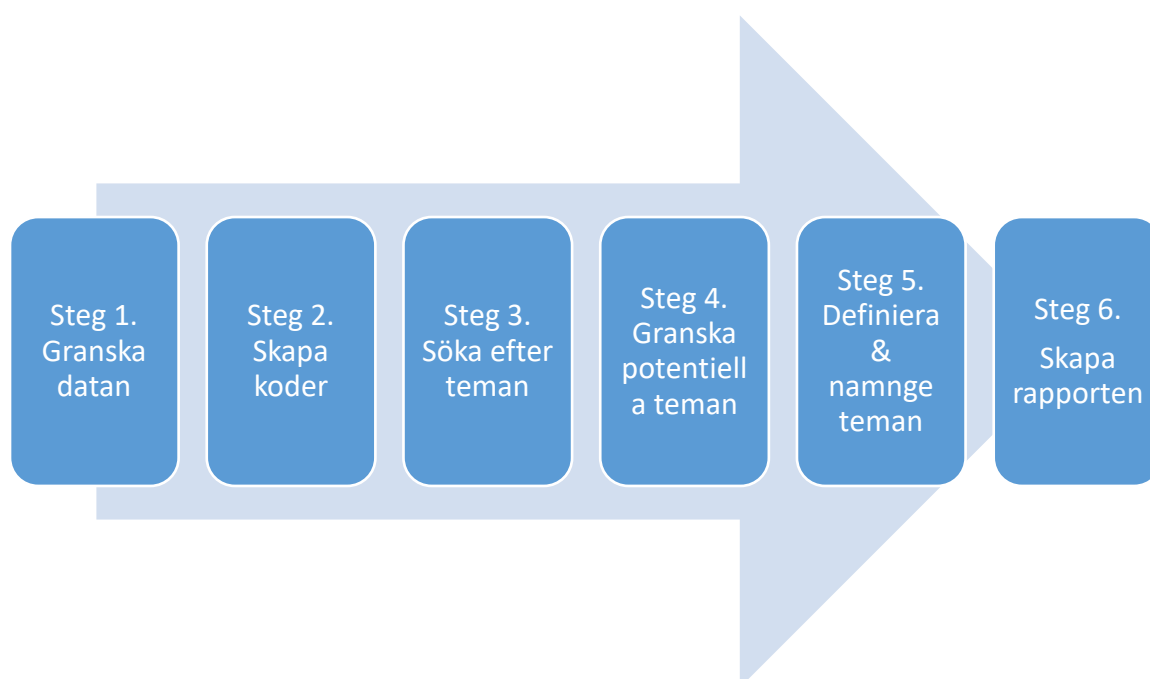
Vidare i *steg fyra* granskades källorna efter relevans mot syftet. Detta gjordes genom att författarna läste samtliga rubriker vid alla sökningar, totalt 279 stycken. Därefter lästes 116 abstrakt som ansågs relevanta för ämnet utifrån inklusions- och exklusionskriterierna. Vidare i *steg fem* valdes 17 artiklar att läsas i sin helhet varpå två artiklar föreföll vara dubletter samt 2 artiklar ej ansågs besvara syftet och således enligt *steg sex* exkluderades. Vidare i *steg sju* påbörjades kvalitetsgranskningen av de 13 utvalda artiklarna. Detta gjordes med hjälp av en modifierad version av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) granskningsmallar framtagna av Linneuniversitet, se *bilaga 1:1 & 1:2*. Denna mall är utformad med svarsalternativen ”ja”, ”nej” samt ”framgår ej”. För tydlighet valdes det att poängsätta svarsalternativen för klarare översikt av kvalitén på studierna. Alla ”ja” svar fick ett (1) poäng och svarsalternativen ”nej” samt ”framgår ej” fick noll (0) poäng. Vidare ansåg författarna att studier med 0-6 poäng ansågs som låga, 6-10 poäng ansågs som medel samt 10-16 som hög kvalitet. Vid denna granskning valdes 1 av 13 artiklar att exkluderas då det saknades etiskt resonemang samt datamättnad. En sammanställning av valda artiklar presenteras i artikel matrisen, se *bilaga 2*.

Tabell 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Inkludera de artiklar
CHINAL 2020-09-03 S1	Euthanasia AND nurses AND terminally ill	Peer Reviewed; Published Date: 20100101- 20201231	60	60	35	5	5
CHINAL 2020-09-04 S2	Assisted suicide AND nurse* AND care	Peer Reviewed; Published Date: 20100101- 20201231	86	86	28	3	1
CHINAL 2020-09-15 S3	Euthanasia AND nurses AND role	Peer Reviewed; Published Date: 20100101- 20201231	110	110	48	6	4
MEDLINE 2020-09-30 S4	Nurse* AND death AND experience AND euthanasia	Peer Reviewed; Published Date: 20100101- 20201231	23	23	5	3	2
Totalt			279	279	116	17	12

Dataanalys

I **steg åtta** av Polit och Becks (2017) niostegsmodell skall materialet analyseras och sammanställas. Polit och Beck (2012, s. 556) beskriver att analysprocessen innebär att strukturera, organisera samt finna meningen med innehållet i datan. För att uppnå detta beskriver Polit och Beck (2012, s. 562) vikten av att använda sig av en tydlig analys då det handlar om att omvandla stora mängder data till mindre och tydligare delar och sedan slå ihop dessa till ett meningsfullt och tydligt resultat (Polit & Beck, 2012, s. 562). En tematisk analys gjordes på de artiklar som blev kvar efter urvalsprocessen. Den tematiska analysen som valdes var Braun och Clarkes tematiska dataanalys (2012), se *figur 2*.



Figur 2. Braun och Clarkes (2006) tematiska dataanalys, fritt översatt av författarna.

Tema analysen har en induktiv utgångspunkt vilket innebär att analysen sker utan en förutbestämd ram eller teori. Utan det är själva analysen av innehållet som sedan bildar kategorier och huvudteman (Braun & Clarke, 2012, s. 58). Denna metod innebär att systematiskt analysera och identifiera olika mönster i materialet via sex faser. I den första fasen (1) granskades och lästes det insamlade materialet av båda författarna oberoende av varandra. Braun och Clarke (2006, s. 61) beskriver vikten av att läsa materialet ett flertal gånger, dels för att bekanta sig med materialet men även för möjligheten att upptäcka mönster, likheter och skillnader. Författarna valde att enskilt markera meningsbärande enheter som ansågs svara på syftet för att sedan tillsammans diskutera och granska dessa. Vidare i den andra fasen (2) bildades koder som var grundade på de meningsbärande enheterna man funnit vid granskningen av materialet. Exempelvis kunde en känsla identifieras i en meningsbärande enhet som i sin tur bildade en kod för detta, se *figur 3*. Dessa kodades sedan manuellt i materialet med hjälp av olika färger relaterade till den aktuella koden. I den tredje fasen (3)

påbörjades en djupare granskning av de koder som identifierats. Författarna skrev ner dessa på papper för att få en bättre överblick av de identifierade koderna och diskuterade sedan dessa mot eventuella likheter och skillnader. Detta bidrog till att kategorier bildades som låg till grund för potentiella teman. I den fjärde fasen (4) granskades och diskuterades kategorierna som framkommit i analysen mot potentiella teman och två konkreta teman bildades. Dessa namngavs i fas fem (5) och presenterades med sex kategorier för att förtydliga de unika i fynden relaterat till frågeställningen. Slutligen i fas sex (6) skrevs ett tydligt och analytiskt resultat som beskriver de teman och kategorier som framkom under analysen, se *figur 4*.

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
”They described how they want to make the last moments of the patient and their families as perfect as possible”	Anhöriga och patienten	Samarbetet i vårdrelationen	Kommunikation
“When nurses were not able to contribute to good euthanasia care, they struggled with strong negative feelings and doubts about their involvement”	Negativa känslor	Moraliska dilemman	Sjuksköterskans synsätt

Figur 4. Exempel på analysprocessen.

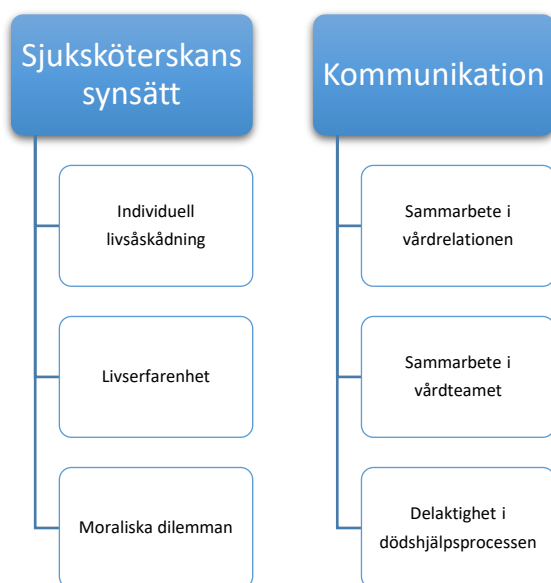
Etiska aspekter

Författarna har i denna litteraturöversikt beaktat etiska aspekter som ett grundläggande krav för alla inkluderade artiklar, vilket innebär att samtliga artiklar genomgått en granskning av en etisk kommitté. Detta innebär att den forskningsetiska grunden beaktats och bidragit bland annat till att deltagarna som medverkat i de inkluderande studierna respekterats samt givit sitt samtycke för deltagandet (Polit & Beck, 2012, s. 165; The world medical association [WMA], 2004, s. 2). Författarna har varit objektiva i sitt sökande av artiklar där man genomfört en bred geografisk sökning. Det har även inkluderats artiklar av olika forskningsansatser, ex. enkäter samt intervjuer för att uppnå en så bred insamling av material som möjligt. Samtliga artiklar valdes att läsas enskilt av författarna för att säkerställa att inte påverka varandras slutsatser och tolkningar. Sedan granskades artiklarna gemensamt för att säkerställa materialet. Vidare var samtliga artiklar skrivna på engelska vilket ej är författarnas modersmål och således kan bidra till feltolkningar. Således valde författarna att använda sig av ett svenska-engelska lexikon vid svårtolkade ord och ansåg inte detta som ett problem.

För att undvika plagiat har författarna i denna studie presenterat texten utifrån egna ord samt tydligt refererat till originalkällorna.

RESULTATREDOVISNING

Syftet med denna studie var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelse av dödshjälp. I det sista och **nionde steget** av Polit och Becks (2017) niostegsmodell skall resultatet sammanställas. Resultatet baseras på totalt 12 artiklar och presenteras uppdelat i två huvudteman: *sjuksköterskans synsätt* samt *kommunikation*. Under temat sjuksköterskans synsätt med kategorierna: individuell livsåskådning, livserfarenhet och moraliska dilemman, samt under kommunikation med kategorierna: samarbetet i vårdrelationen, samarbetet i vårdteamet och delaktighet i dödshjälpsprocessen.



Figur 4. Teman och kategorier.

SJUKSKÖTERSANS SYNSÄTT

Individuell livsåskådning

Individuell livsåskådning visades vara en faktor med betydelse för sjuksköterskans upplevelser av dödshjälp. Människor som såg livet som en gåva från gud fann dödshjälp som en oacceptabel handling. Det visades en tydlig koppling mellan religiös tro och en negativ syn på dödshjälp (Bendiane, et al., 2009, s. 241; Naseh, Rafei & Heidari, 2015, s. 45; Terkamo-Moisio, Kvist, Kangasniemi & Laitila, 2017, s. 80). I en specifik studie undersöktes muslimska sjuksköterskans attityder kring dödshjälp. Majoriteten av sköterskorna 57,4% hade en negativ syn. Av samtliga deltagare var det 75,3% som ansåg sig ha en stark religiös tro. Det var endast 8,4% av deltagarna som ansåg det vara en human handling. Om det sedan var religionen eller de kulturella aspekterna som hade störst betydelse för detta var oklart (Naseh et al., 2015, s. 43-46). Även i studierna där det fanns en mer positiv syn på dödshjälp hade de deltagare som ansåg sig vara religiösa (oavsett religions typ) en mer negativ syn jämfört med de som inte ansåg sig själva religiösa (Bendiane et al., 2009, s. 241; Francke, Albers, Bilsen, de Veer & Onwuteaka, 2015, s. 786; Inghelbrecht, Bilsem, Mortier & Deliens, 2010 s. 909; Terkamo-Moisio et al., 2017, s. 80). Vilket synsätt man hade gentemot livet och döden verkade även påverka ens synsätt och upplevelser kring dödshjälp. Dem som ansåg döden som ett fridfullt avslut på sitt lidande hade en mer positiv inställning till dödshjälp, jämfört med de sköterskor som såg döden som en stor sorg och som påverkades negativt av att jobba med döende patienter (Ay & Öz, 2019, s. 1446; Bellens, Debieu, Claessens, Gastmans & Direckx de Casterles, 2019, s. 496-497; Terkamo-Moisio et al., 2017, s. 77). Denna faktor var av betydelse då deltagarna med en negativ syn hade det svårast med kommunikation relaterat till dödshjälp (Terkamo-Moisio et al., 2017, s.81). De sjuksköterskor som upplevde "ilska" när de konfronteras med en önskan om att dö av en döende patient var de som fick högst poäng av ett negativt synsätt kring dödshjälp (Ay & Öz, 2019, s. 1448). Vidare beskrevs det hur sjuksköterskans tankar samt värderingar om livet efter döden även kunde ha en positiv betydelse för deras upplevelse av dödshjälp. Då den egna värderingen och rationaliserandet av döden kunde hjälpa en att bearbeta själva processen samt finna en mening med döendet i sig (Pesut, et al., 2020, s. 3878).

Livserfarenhet

Det förekom olika faktorer som sågs vara av betydelse för sjuksköterskans synsätt och upplevelser av dödshjälp. Faktorer som påvisade en statistisk skillnad var om sjuksköterskorna var gifta/ogifta, änklingar eller barnlösa. Ogifta samt barnlösa sjuksköterskor var den grupp som visade starkast stöd för legalisering av dödshjälp, sjuksköterskor med barn visade på en större andel med en mer negativ syn på dödshjälp (Ay & Öz, 2019, s. 1446; Naseh et al., 2015, s. 46; Terkamo-Moisio et al., 2017, s. 81). Även bland dem som arbetade med dödshjälp sågs en skillnad. Det fanns en koppling till att de som levde med partners, barn och egen familj hade svårare att medverka vid akten än sjuksköterskor som levde ensamma. Detta kunde vara på grund av en oro att stigmatiseras

över att som sjuksköterska frivilligt medverka i avslutandet av någons liv (Pesut et al., 2020, s. 3874). Även änklingar tillhörde den grupp som visade ett negativt synsätt för dödshjälp (Terkamo-Moisio et al., 2017, s. 78). Detta tyder på att personlig erfarenhet av sorg kunde vara en faktor som hade betydelse för upplevelsen (Ay & Öz, 2019 s. 1448; Terkamo-Moisio et al., 2017, s. 78).

De samhällsnormer som rådde i landet man levde i var ännu en faktor. I länder där det var lagligt med dödshjälp visades ett allmänt positivt synsätt. Där det ansågs vara en acceptabel handling av dem flesta för döende patienter med extremt lidande (Bellens et al., 2019, s. 495; Inghelbrecht et al., 2009, s. 653). Däremot ledde motsatsen, alltså en kriminalisering inte per automatik till ett negativt synsätt då vissa studier gjorda i länder med en konservativ lagstiftning ändå visade på ett stort stöd för dödshjälp. Därmed är lagstiftningen i sig inte en spegling på sjuksköterskors synsätt (Tamayo-Velazquez, Simon-Lerda, Cruz-Piqueras, 2012, s. 681; Terkamo-Moisio et al., 2017, s. 77).

Ålder var en faktor som uppmärksammades, där yngre åldersgrupper visade mest stöd för dödshjälp gentemot de äldsta åldersgrupperna som visade minst stöd (Ay & Öz, 2019, s. 1446; Bendiane et al., 2009, s. 239; Inghelbrecht et al., 2009, s. 906; Terkamo-Moisio et al., s. 79). Skillnaderna varierade dock där det i vissa studier inte resulterade i någon större statistisk betydelse (Naseh et al., 2015, s.46; Tamayo-Velazquez et al., 2012, s. 682).

Moraliska dilemman

Sjuksköterskor möttes dagligen inför moraliska dilemman och ställningstaganden kring patienternas vård. Där dödshjälp var kriminaliserat upplevde sjuksköterskorna det svårare att bemöta när patienterna uttryckte en konkret önskan om att "få hjälp att dö". Vid dessa situationer kände sig sjuksköterskorna ofta maktlösa och splittrade i sin yrkesroll. Detta då man ej kunde erbjuda något konkret som kunde lösa deras problem (Ay & Öz, 2019, s. 1445; Wright et al., 2017, s. 58). Självbildens orsakade inre konflikter då viljan att "fixa" samt lösa problem som sjuksköterska krockade med situationerna de konfronterades med (Pesut et al., 2020, s. 3875; Wright et al., 2017, s. 59). Upplevelser av maktlöshet och stress förstärktes alltså när sjuksköterskor upplevde svårigheter med att lindra lidandet hos patienterna (Bellens et al., 2019, s. 496; Pesut et al., 2020, s. 3874; Wright et al., 2017 s. 59;). När det kom till upplevelser av dödshjälp beskrevs processen kring den typen av vård som komplext. Att möta denna förfrågan med öppenhet samt förståelse ansågs vara nyckeln till att processen upplevdes enklare (Denier, Gastmans, De Bal & Dierckx de Casterle, 2010, s. 3374; Dierckx de Casterle, Denier, De Bal & Gastmans, 2010, s. 2413; Wright et al., 2017 s. 58). Det ansågs viktigt att förstå patientens önskan för att undvika frustrationer som kunde uppstå på grund av sjuksköterskans egna tankar och värderingar kring att patienten ville avsluta sitt liv. Därmed var lyhördhet och förståelse en förutsättning för att bidra till en bättre vård (Bellens et al., 2019, s.498; Denier et al., 2010, s.337; Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2413; Wright et al., 2017, s. 58). Det kunde uppstå på stridigheter från både patienter och anhöriga kring rätten till aktiv dödshjälp vilket kunde bidra till en stor press i synnerhet då kunskap kring dödshjälp inte alltid fanns av de som krävde det (Bellens et al., 2019, s.498). Rädslan av att bli stigmatiserad av sin omgivning över att delta i avslutandet av människors liv orsakade tvivel

kring det egna agerandet i dödshjälps processen (Pesut et al., 2020, s. 3874). Vidare beskrevs hur medverkan vid dödshjälp trots komplexiteten kunde bidra till en känsla av meningsfullhet och ökat självförtroende i deras yrkesroll. Dem menade på att dem fick möjligheten att respektera patientens autonomi samt uppfylla dennes sista önskningar och således bidra till en värdig död (Bellens et al., 2019, s. 496; Pesut et al., 2020, s. 3875). Dock var det nödvändigt att distansera sig från egna tankar och värderingar för att uppnå detta i denna typ av vård. Främst på grund av de moraliska och etiska skyldigheterna kring att sätta patientens behov i fokus oavsett egna känslor. Detta krävde en fördomsfri och neutral inställning (Denier et al., 2010, s. 3375; Pesut et al., 2020, s.3877).

KOMMUNIKATION

Samarbetet i vårdrelationen

Sjuksköterskans yrkesroll inom dödshjälp innebär till stor del om att tolka och förmedla patientens önskningar och behov (Bellens et al., 2019, s. 497-498; Denier et al., 2010, s. 3374; Direckx de Casterle et al., 2010, s. 2414; Wright et al., 2017, s. 58). Via ett gott bemötande och en god kommunikation med patienter och anhöriga kunde en god vårdrelation etableras vilket var en förutsättning för att uppnå en god omvårdnad (Denier et al., 2010, s. 3375). Kommunikationen skedde oftast mellan sjuksköterskan, patienten och anhöriga både enskilt och tillsammans. Detta för att lättare bemöta patientens och anhörigas önskningar inför den kommande processen för att bidra till en fridfull sista tid tillsammans (Denier et al., 2010, s. 3374). Att tolka patientens önskan var essentiellt då det kunde vara en indikation på otillräcklig smärtlindring eller existentiell smärta mer än en sann önskan om att dö (Wright et al., 2017, s. 58). Det beskrevs 3 former av kommunikation som ansågs vara grundpelare för att optimera omvårdnaden av dessa patienter. *Aktivt lyssnande* där oro, rädslor och funderingar fick uttryckas fritt från patienter men även anhöriga. Öppna frågor sågs som ett verktyg som bistod med detta (Denier et al., 2010, s. 3374-3375; Direckx de Casterle et al., 2010, s. 2413). Närvaron och lyhördheten bidrog till att kunna samla information och öka förståelsen för patienten vilket ledde till en bättre vård (Bellens et al., 2019, s. 497; Wright et al., 2017, s. 59-60). Dessa möten ansågs komplexa med diverse olika utmaningar. En av dessa utmaningar var tiden, den tidsbrist som kunde förekomma påverkade sjuksköterskorna negativt då detta hindrade deras möjlighet till lyhördhet och närvaro. Vilket i sin tur kunde leda till att den patientnära vården brast (Wright et al., 2017, s. 60). En annan form av kommunikation var att *förmedla information* vilket var förutsättningen för att patienten skulle förstå sin diagnos samt prognos. Detta var även viktigt för att lyfta och förmedla de olika behandlingsalternativen av palliativ omvårdnad som fanns. Då olika individer hade olika mycket kunskap kring sina valmöjligheter (Bellens et al., 2019, s. 497; Denier et al., 2010, s.3375). Även *medling och rådgivning* mellan patienter och läkare upplevdes som en viktig del av kommunikationen för sjuksköterskorna där patienter ofta var i behov av en "översättning" av medicinska termer för att få en större förståelse. Medling förekom även mellan patienter och dess anhöriga om det uppstod känslomässiga konflikter (Denier et al.,

2010, s.3375; Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2414). Neutrala samtal med patienten ansågs även som viktiga för att öka den goda vården, med detta menades samtal som inte involverade dödsförfrågan eller döendet (Denier et al, 2010, s. 3375). I stort ansågs en god kommunikation mellan vårdgivare och patienten förebygga missförstånd och konflikter, samt att det bidrog till en ökad trygghet och förståelse (Bellens et al., 2019, s. 497; Denier et al., 2010, s. 3376; Wright et al., 2017, s. 58).

Samarbetet i vårdteamet

Kommunikationen i vårdteamet visades vara en viktig faktor för sjuksköterskors upplevelser av dödshjälp. Då en förfrågan om dödshjälp krävde noga diskussioner och analyserades i de flesta fall djupgående av hela vårdteamet. Vikten av att göra sin röst hörd upplevdes som en pelare för att beakta all kunskap och information tillgänglig, detta för att säkerställa ett välgrundat beslut vilket upplevdes patientsäkert (Bellens et al., 2019 s. 497; Denier et al., 2010, s. 3377; Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2414; Francke et al., 2015, s. 786). Vidare beskrevs negativa känslor när samarbetet i vårdteamet brast och besluten inte togs gemensamt. Frustrationer uppstod även när samarbetet, stöd och kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor var bristfällig (Bellens et al., 2019, s. 498; Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2414; Pesut et al., 2020, s. 3875). I kontrast till detta var ett välfungerande samarbete en förutsättning för informationsutbytet. När beslutsfattandet skedde i teamsamverkan upplevdes processen mer noggrann då de olika alternativen diskuterades ett flertal gånger, där detaljer ur olika professioners perspektiv kunde beaktas. Detta upplevdes som något positivt vilket bidrog till att öka patientsäkerheten samt den personcentrerade vården (Dierckx de Casterlé et al., 2010, s. 2414). En god kommunikation i vårdteamet var även en form av trygghet och emotionell avlastning där sjuksköterskorna kunde tala om sina tankar, funderingar och känslor samt få stöd från sina kollegor. Således var ett gott samarbete en faktor som upplevdes bidra till klarhet och trygghet i processen (Denier et al., 2010, s.3376; Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2414-2415; Pesut et al., 2020, s. 3874). Sjuksköterskor fann det även viktigt att ha en formell genomgång med inblandad personal efter att patienten gått bort för att kunna ventilera känslor och funderingar. Detta bistod i att bättre kunna hantera dödshjälps processen (Dierckx de Castrlé et al., 2010, s. 2415).

Delaktighet i dödshjälpsprocessen

Delaktigheten i beslutsprocessen var en faktor av betydelse för sjuksköterskans upplevelse. Dels var det delaktigheten i beslutsprocessen som ansågs vara en viktig del för att bidra med relevant information kring patientens behov och unika situation. Detta särskilt då sjuksköterskor upplever att det är dem som står närmast patienten och som först får ta del av deras önskan (Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2414; Francke et al., 2015, s. 786; Inghelbrecht et al., 2010, s. 907; Wright et al., 2017, s. 60). En förståelse för patientens önskan ansågs vara en viktig del för att inte uppleva frustration samt negativa känslor kring beslutsfattandet. Således var det lättare att acceptera besluten när denna förståelse uppstod (Bellens et al, 2019, s.498; Denier et al., 2010, s. 3376; Wright et al., 2017, s. 59). Att inte

vara delaktig i beslutsfattandet kunde upplevas av sjuksköterskorna som en brist på respekt för den egna yrkesrollen. Detta påverkade sjuksköterskorna negativt då de upplevde att deras kunskap inte togs till vara (Bellens et al., 2019, s. 498; Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2414).

När det kom till delaktigheten i själva dödshjälpsprocessen var det i dom flesta fall få som var med i själva handlingen (Francke et al., 2015, s. 786; Inghelbrecht et al., 2010, s. 907). Resultatet visar att den upplevda gemenskapen i samhället och familjen var faktorer av betydelse som hade en inverkan på viljan av att vara med vid akten eller inte. Detta bidrog till blandade känslor då många slets mellan viljan att finnas där för patienterna, lindra deras lidande, respektera deras värdighet och autonomi men samtidigt inte vilja dömas av sin omgivning (Pesut et al., 2020, s. 3874). De som valde att delta i handlingen motiverade detta genom att de bidrog till bevarandet av patientens autonomi och värdighet. Deltagandet upplevdes då som moraliskt gott då huvudsyftet var att lindra lidandet (Bellens et al., 2019, s. 497-498; Pesut et al., 2020 s. 3875). Något som påverkade upplevelsen var även den tacksamhet anhöriga uttryckte efter döendet. Detta var något som stärkte känslan av att sjuksköterskorna varit delaktiga i något moraliskt gott trots omständigheterna (Bellens et al., 2019, s. 498; Persut et al, 2020, s.3878). Det framkommer dock att upplevelsen är komplex där negativa samt positiva känslor ofta samspekar med varandra och bidrar till en intensiv upplevelse i yrkesrollen men även på individnivå (Bellens et al., 2019, s. 495; Denier et al., 2010, s. 3374; Dierckx de Casterle et al., 2010, s. 2415; Pesut et al., 2020, s. 3875 - 3876;).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna studie är en allmän litteraturöversikt med syftet att beskriva faktorer som har betydelse för sjuksköterskans upplevelse av dödshjälp. Studien har en induktiv ansats då fokus varit att undersöka människors personliga upplevelser av ett specifikt fenomen, i detta fall dödshjälp (Forsberg & Wengström, 2014, s. 54). Författarna anser att det funnits tillräcklig användbar forskning i området som bidragit till att tydligt besvara syftet.

För att uppnå ett tydlig och vetenskapligt tillvägagångssätt i denna litteraturöversikt valde författarna att använda sig av Polit och Becks (2012, s. 96) niostegsmodell. Denna modell bidrar till en tydlig struktur i datainsamlingen, dataanalysen samt resultatets sammanställning. Ett tydligt och strukturerat tillvägagångssätt från start i studien bidrar även till ökad *pålitlighet* och *trovärdighet* i resultatet. Med hjälp av inklusions samt exklusionskriterier har författarna bidragit till att öka relevansen för syftet i sökresultaten. Polit och Beck (2012, s. 96) beskriver även att tydliga inklusions samt exklusionskriterier bidrar till att studiens *överförbarhet* ökar.

Det kan ses som en svaghet att det valdes att exkludera minderåriga samt psykiska sjukdomstillstånd då relevant forskning kan ha missats. Dock ansågs detta nödvändigt då minderåriga alltid har en vårdnadshavare som behöver vara med vid beslutsfattandet.

Dessutom valde författarna att fokusera på patienter med somatiska tillstånd för att smalna av ämnet. Därav ansåg författarna att dessa exkluderingar bidrog till att uppnå en tydligare och en mer *trovärdig* bild kring ämnet.

För att bidra till högre trovärdighet hade samtliga artiklar genomgått "peer review" vilket enligt Polit och Beck (2012, s. 695-696) innebär att artiklarna granskats av minst två eller fler experter inom det aktuella ämnet innan de godkännts för publicering. I denna litteraturöversikt beaktas även etiska aspekter samt primära källor som grundläggande krav för alla inkluderade artiklar, vilket innebär att samtliga valda artiklar genomgått en granskning av en etisk kommitté samt att litteraturöversikter exkluderats (Polit & Beck, 2012, s. 95). Vidare valdes även att endast inkludera forskning från de senaste elva åren för ett tydligare och aktuellt resultat. Författarna har valt att exkludera studier med annat språk än engelska vilket kan bidra till att relevanta artiklar gått om miste. Engelska var inte författarnas modersmål vilket kan bidra till feltolkningar av innehållet och på så sätt minska *överförbarheten* i studierna (Polit & Beck, 2012, s. 98). Detta har dock motarbetats genom att texten översatts med hjälp av svensk-engelskt lexikon för en ökad förståelse.

Sökningarna efter relevant forskning gjordes i databaserna CINAHL samt MEDLINE som enligt Polit och Beck (2012, s. 100) är relevanta och användbara databaser inom omvårdnadsforskning. Det kan dock ses som en svaghet att man valt att avgränsa sökningarna till endast två databaser. Författarna valde att översätta samtliga sökord från svenska till engelska som sedan använts som fria sökord i databaserna. Detta kan ses som en svaghet då direkta översättningar från svenska till engelska kan generera i olika betydelser av samma ord. Exempelvis ordet *attityder* översätts på engelska till "attitudes" vilket kan ha olika innebörd beroende på kontext. Ordet *upplevelse* valdes med syftet att inkludera olika sorters erfarenheter kring ämnet. Detta kan leda till svårigheter i sökningarna av relevanta artiklar då ordet *upplevelse* kan innefatta mycket vilket resulterar i ett brett utbud av sökträffar. Dock upplevdes det att i kombination med de andra valda sökorden kunde uppnås en tillräcklig avgränsning för att finna relevanta artiklar för studien.

Polit och Beck (2012, s. 176) beskriver att insamlingen i sig kan resultera i bias, detta om man exempelvis endast inkluderar individer som är för eller emot det problem man undersöker. Därför valde författarna i denna studie att inkludera studier med geografisk variation samt med olika lagstiftningar för att bidra till en mångsidig bild av åsikter kring ämnet. De länder som valdes att inkluderas var: Canada, Holland, Belgien, Spanien, Finland, Turkiet, Iran och England. Studier med geografisk variation bidrar även till en ökad *överförbarhet* då man i studierna kan se likheter samt skillnader hos sjuksköterskor i flera olika geografiska områden. Detta i sin tur styrker även *trovärdigheten* i studien (Polit & Beck, 2012, s. 180).

Studien är baserad på 6 kvalitativa och 7 kvantitativa artiklar vilket kan beaktas som en styrka, då de kvantitativa ansatserna kunde belägga den forskning som framkommit i de kvalitativa studierna. Detta då de kvalitativa studierna oftast berör en mindre grupp deltagare kunde författarna med hjälp av de kvantitativa studierna stärka *trovärdigheten* i de kvalitativa studierna och vice versa. Samtliga artiklar granskades av författarna med hjälp av Linné

universitetets modifierade version av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) granskningsmallar. Det ansågs att dessa mallar bidrog till en tydlig bild av kvaliteten på de funna studierna. Granskningsmallarna gjordes gemensamt och endast studier av hög samt medelhög kvalitet valdes att inkluderas till resultatet.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att olika faktorer som påverkar sjuksköterskans synsätt kring dödshjälp även bidrar till hur dödshjälpen upplevs, såsom bland annat livsåskådning och livserfarenheter. De personliga värderingarna i kombination med en skyldighet gentemot patienten kunde orsaka moraliska dilemman som upplevdes svåra. Samtidigt präglades upplevelserna av behovet av ett gott samarbete mellan patienter, anhöriga och i vård teamet där en god kommunikation var den gemensamma nämnaren. Även delaktigheten i denna typ av vård ansågs essentiell och ha en betydelse på hur dödshjälp upplevdes. Resultatet visar att det är fördelaktigt att öka medvetandet om hur ditt synsätt påverkar dig i din yrkesroll som sjuksköterska, då detta bidrar till att säkerställa en personcentrerad vård där patientens behov står i fokus. I denna studie belystes det hur vissa sjuksköterskor kände ilska och svårigheter vid en förfrågan om dödshjälp. Dessa var även de som fick högst poäng gällande ett negativt synsätt kring dödshjälp. Horton, Tschudin & Forget (2007, s. 724) beskriver att det är viktigt att beakta de egna värderingarnas påverkan då risken annars är stor att orsaka ett vårdlidande relaterat till fördomar eller dåligt bemötande. Även litteraturöversikten gjord av Evans (2015, s. 631-632) styrker detta. Den undersökte religionens påverkan på människors synsätt kring dödshjälp där slutsatsen visade vikten av att bibehålla personcentrerad vård trots de olika faktorer som kan påverka ens personliga uppfattning. Katie Eriksson (1994, s. 88) förtydligar hur hotet av att förintas, att känna sin död men inte veta när den kommer kan orsaka ett stort lidande och att inte bli sedd är även det en form av förintelse vilket orsakar förtvivlan. Att inte våga se patienten och dennes behov ökar därmed vårdlidandet och kan även minska individens känsla av värdighet (Eriksson, 1994, s.88). Vidare beskriver Katie Eriksson (2014, s. 81) att när sjuksköterskan inte kan se bort från de egna uppfattningarna om vad som bör göras och därmed förbiser individen kan detta leda till ännu mer vårdlidande.

Denna studie visade att upplevelsen samt uppfattningen av dödshjälp kunde leda till att det uppstod moraliska dilemman kopplade till egna värderingar och svårigheter att förstå samt uppfylla patientens önskan. Det beskrivs dilemman som kunde uppstå när du slits mellan att respektera någons autonomi samt viljan att lindra dennes lidande men samtidigt inte gå emot egna värderingar och principer gällande att inte skada och att främja hälsa. Denna problematik belyses även av Beauchamp och Childress (2001, s. 11) som menar att det sedan länge existerat olika försök att skapa moraliska ramverk för att identifiera handlingar som antingen moraliska eller omoraliska, med avsikten att bekämpa dessa dilemman något dem anser omöjligt att undvika. Den slår fast vid att olika moraliska principer kan gå emot varandra samt att det kan vara svårt att avgöra vilken etisk princip som bör väga tyngst i den givna situationen (Beauchamp & Childress, 2001, s. 11). Detta speglas i denna studies resultat som visar att det är en komplex situation för sjuksköterskan att finnas i där många tampas med inre

konflikter. Statens medicinsketiska råd (2017, s. 149-153) klargör i deras rapport att argumenten kring dödshjälp bottnar i vilken värdegrund man anser det är som väger tyngst. Vidare beskriver de att olika värdegrunds- och faktaargument kan samexistera exempelvis kan man tycka att dödshjälp är oetiskt men samtidigt tycka att det bör vara lagligt då varje människa ska ha rätten till självbestämmande. Sedan finns det dem som anser att självbestämmande inte är tillräckligt som argument för just dödshjälp, då det skulle inkräkta på vårdpersonalens självbestämmande och att det bör tas hänsyn till att alla ingår i ett socialt sammanhang där vårdpersonal även bör beaktas. Ett motargument till detta resonemang är att det kan anses vara odemokratiskt att neka någon dödshjälp då majoriteten aldrig får tvinga en minoritet sina värderingar när beslutet enbart angår individen (Statens medicinsketiska råd, 2017, s. 151). Denna studie beskriver även hur vissa sakförhållanden anses vara relevanta för ställningstagandet, exempelvis att konventionell smärtlindring inte alltid räcker till för att lindra lidandet.

Tännsjö (2009, s. 127-129) belyser att det råder ett förhandlingsutrymme när det kommer till döden. Om det är tillåtet med palliativ sedering och avbrytandet av vätske- och näringstillförsel för att påskynda döden och lindra människor plågor, varför är det då inte tillåtet med dödshjälp? Trots att det existerar gråzoner verkar det vara just handlingen att uppsåtligt döda en människa som blir moraliskt och principiellt förbjudet. Då det mänskliga livet anses enligt traditionell moraluppfattning som heligt. Det råder även rädsla av meningsmotståndare att en legalisering av dödshjälp på något vis kan missbrukas och leda till ett system där man godtyckligt dödar människor (Tännsjö, 2009, s. 128-129). Förutom de moraliska dilemman som uppstod visade resultatet på hur olika former av kommunikation utgjorde grunden för sjuksköterskans roll inom dödshjälp, att etablera en god vårdrelationen var grunden för att kunna uppnå en god omvårdnad. Även Katie Eriksson (2014, s. 56) menar på att vårdrelationen är grunden för vårdprocessen. För att uppnå en optimal vårdprocess bör relationen vara trygg, vårdande och ömsesidig. Hon beskriver att en vårdprocess som inte grundas i en relation är en vårdprocess som reducerats till ett utförande av uppgifter. Detta styrks av resultatet som visar på ett behov att via en öppen kommunikation förstå patientens önsknings och vårdbehov samt att denna förståelse resulterade i att lättare kunna acceptera och respektera patientens autonomi samt värdighet. En utmaning som beskrevs i denna studie för att uppnå denna förståelse och trygghet i vårdrelationen var tidsbrist. Tidsbristen var ett stort hinder för att kunna bistå patienter med det emotionella stödet dem behövde vid dödsångest. Denna problematik påvisades även i andra studier gjorda inom vården där tidsbrist orsakat av underbemanning resulterade i att vårdbehovet inte alltid kunde mötas optimalt. Detta ledde till stress, trötthet, frustrationer men även till etiska situationer som upplevdes krävande då tidsbristen tvingade sjuksköterskor att prioritera strikt mellan olika arbetsuppgifter. Detta upplevde sjuksköterskor som ett hinder för att handla moraliskt gott och för att lindra patientens lidande (Silén, Fen Tang, Wadensten & Ahlström, 2008, s. 228; Ulrich, et al., 2010, s. 2513-2514). Katie Eriksson (2015, s. 78) styrker även hur viktigt det är att sjuksköterskan ska kunna vara lyhörd för patientens behov för att lindra dennes lidande. Detta då lidande är komplext med många olika dimensioner och dess innebörd ges av patienten. Därmed blir det problematiskt när faktorer som tidsbrist försvårar detta arbete.

Denna studie visade ytterligare en utmaning vilket var när kommunikationen brast inom vårdteamet. Resultatet visar på att ett välfungerande samarbete hade en stor betydelse för sjuksköterskan både när det kom till emotionellt stöd samt avlastning och vid delaktigheten i beslutsfattandet. Det uppstod negativa känslor när samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor var bristfällig och vissa beslut inte togs gemensamt, detta bidrog till en känsla av att inte respekteras i sin yrkesroll. Detta styrks även i studien skriven av Silén et al. (2008, s. 225) där det beskrevs hur konflikter inom vårdteamet påverkade sjuksköterskor negativt samt hur sjuksköterskor upplevde ledsamhet när dessa uppstod. Vidare beskriver studien att det upplevdes värdefullt av sjuksköterskor att kunna kommunicera med kollegor vid etiskt svåra situationer (Silén, et al., 2008, s. 225). Detta styrker denna studies resultat som påvisat att det var essentiellt att kunna reflektera kring känslorna som uppstod vid dödshjälpsprocessen då det i många fall kunde upplevas intensivt och tungt emotionellt.

SLUTSATSER

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa de olika faktorer som påverkar sjuksköterskor i upplevelsen av dödshjälp. Författarna fann i denna studie två huvudfaktorer som var av stor betydelse för upplevelsen. Den ena faktorn var sjuksköterskans egna synsätt och värderingar vilket kunde påverka sjuksköterskans agerande men även skapa inre konflikter och moraliska dilemman. Det framkom av vikt att belysa dessa för att säkerställa och bibehålla en personcentrerad vård. Ännu en faktor var kommunikationen som både var en grund för en god vårdrelation och omvårdnad men även en nyckelfaktor i samarbetet inom vårdteamet. En god kommunikation med patienten var viktig för att inte orsaka ett vårdlidande men även för att öka sjuksköterskans förståelse för patienten, något som visades underlätta sjuksköterskans arbete inom denna typ av vård. En öppen och icke dömande kommunikation var förutsättningarna för detta. Samarbetet i vårdteamet var även den en betydelsefull faktor för både patientsäkerheten och för korrekta beslut, men även för emotionell avlastning och stöd. När samarbetet brast upplevde sjuksköterskan mycket negativa känslor som exempelvis frustration, maktlöshet och stress.

Författarnas förhoppning med denna studie var att öka kunskapen om sjuksköterskors upplevelser kring dödshjälp. Då sjuksköterskan har en nära relation till patienten och anhöriga är det relevant att veta hur sjuksköterskor agerar och upplever denna komplexa typ av omvårdnad. Trots att dödshjälp inte är lagligt i Sverige möter sjuksköterskor i Sverige lidande patienter där somliga kan uttrycka en önskan om dödshjälp. Därmed anses det att vidare forskning behövs för att öka kunskapen om hur dessa möten bäst hanteras. Författarna ser ett behov för kunskapsutveckling i hur man bör hantera etiska dilemman och stärka sjuksköterskor i deras arbete med patienter i livets slutskede.

REFERENSER

* = Artiklar i resultatet

*Ay, M. A., & Öz, F. (2019). Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 26(5), 1442-1457. doi:[10.1177/0969733017748481](https://doi.org/10.1177/0969733017748481)

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

*Bellens, M., Debieu, E., Claessen, I F., Gastmans, C., & Dierckx De Casterlé, B. (2020). “It is still intense and not unambiguous.” Nurses experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3/4), 492-502. doi:[10.1111/jocn.15110](https://doi.org/10.1111/jocn.15110)

*Bendiane, M., Bouhnik, A., Galinier, A., Favre, R., Obadia, Y., & Peretti-Watel, P. (2009). French hospital nurses’ opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: A national phone survey. *Journal of Medical Ethics*, 35(4), 238-244. doi:[10.1097/NJH.0000000000000246](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000246)

Berggren, I. (2014). Vårdandets etik. I E. Dahlborg-Lyckhage (red.), *Att bli sjuksköterska - En introduktion till yrke och ämne* (s. 136-137). Lund: Studentlitteratur.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper (red.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology* (s. 57-71). Washington: American Psychological Association.

Christie, T., Groarke, L., & Sweet, W. (2008). Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate. *The International Journal of Drug Policy*, 19(1), 52-58. doi:[10.1016/j.drugpo.2007.11.020](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.020)

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård I Norden*, 22(1), 4-8. doi:[10.1177/010740830202200101](https://doi.org/10.1177/010740830202200101)

*Dierckx de Casterlé, B. D., Denier, Y., De Bal, N., & Gastmans, C. (2010). Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2410-2420. doi:[10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x)

*Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., & Casterlé, B. D. (2010). Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3372-3380. doi:[10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x)

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Ersek M. (2004). The continuing challenge of assisted death. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 6(1), 46–61. doi:[10.1097/00129191-200401000-00014](https://doi.org/10.1097/00129191-200401000-00014)

Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. *British Journal of Nursing*, 24(12), 629–632. doi:[10.12968/bjon.2015.24.12.629](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.12.629)

Flensner, G. (2014). Vem är patienten. I A. Dahlborg-Lyckhage, E (red.), *Att bli sjuksköterska- En introduktion till yrke och ämne* (s. 107-120). Lund: Studentlitteratur.

*Francke, A. L., Albers, G., Bilsen, J., de Veer, A. J. E., & Onwuteaka-Philpsen, B. D. (2016). Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Education & Counseling*, 99(5), 783-789. doi:[10.1016/j.pec.2015.11.008](https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.008)

Friend, M. L. (2011). Physician-Assisted Suicide: Death with dignity? *Journal of Nursing Law*, 14(3/4), 110–116. doi:[10.1891/1073-7472.14.3.4.110](https://doi.org/10.1891/1073-7472.14.3.4.110)

Horton, K., Tschudin, V., & Forget, A. (2007). The Value of Nursing: A Literature Review. *Nursing Ethics*, 14(6), 716-740. doi:[10.1177/0969733007082112](https://doi.org/10.1177/0969733007082112)

Howarth, G. (1998). 'Just live for today'. *Living, caring, ageing and dying. Ageing and Society*, 18(6), 673-689. doi:[10.1017/S0144686X98007132](https://doi.org/10.1017/S0144686X98007132)

Hudson, P., Kristjanson, L., Ashby, M., Kelly, B., Schofield, P., Hudson, R., Aranda, S., O'Connor, M & Street, A. (2006). Desire for Hastened Death in Patients with Advanced Disease and the Evidence Base of Clinical Guidelines: A Systematic Review. *Palliative Medicine*, 20(7), 693-701. doi:[10.1177/0269216306071799](https://doi.org/10.1177/0269216306071799)

International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>

*Ingelbrecht, E., Biksen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Canadian Medical Association Journal*, 182(9), 905-910. doi:[10.1503/cmaj.091881](https://doi.org/10.1503/cmaj.091881)

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

Johansson, Å. (2014). *Att möta döden: omvårdnad vid livets slut*. Lund: Studentlitteratur.

*Naseh, L., Rafiei, H., & Heidari, M. (2015). Nurse's attitudes towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(1), 43-48. doi:10.12968/ijpn.2015.21.1.43

Numminen, O., Van Der Arend, A., & Leino-Kilpi, H. (2009). Nurses' codes of ethics in practice and education: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 380-394. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00608.x

Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmman-Sutter, C. (2014). What a wish to die can mean: Reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 13(1), 38. doi: 10.1186/1472-684X-13-38

*Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambare, K., Greig, M., & Burgess, M. (2020). Riding an elephant: A qualitative study of nurse's moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of Clinical Nursing*, 29(19/20), 3870-3881. doi:[10/1111/jocn.15427](https://doi.org/10.1111/jocn.15427)

Polit, D., & Beck, Cheryl Tatano. (2017). *Resource manual for nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Polit, D., & Beck, Cheryl Tatano. (2012). *Resource manual for nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

*Safarpour, H., Kaykha, R., Varasteh, S., Sargazi, V., Mirmortazayi, M., & Tayakolian, N. (2019). Attitude of nurses towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(6), 274-282. doi:[10.12968/ijpn.2019.25.6.274](https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.6.274)

Schuster, M (2006) Profession och existens: En hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter. Göteborg: Daidalos AB

Silen, M., Tang, PF., Wadensten, B., & Ahlström, G. (2008). Workplace Distress and Ethical Dilemmas in Neuroscience Nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40 (4): 222-31. doi:10.1097/01376517-200808000-00006.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

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

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

*Tamayo-Valázquez, M.-I., Simón-Lorda, P., & Cruz-Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experience of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics*, 19(5), 677-691. doi:10.1177/0969733011436203

*Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., Kangasniemi, M., Laitila, T., Tynänen, O.-P., & Pietilä, A.-M. (2017). Nurses attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nursing Ethics*, 24(1), 70-86. doi:10.1177/0969733016643861

The world medical association, inc. (2004) *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad från <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Oct2008.pdf>

Tännsjö, T. (2009). *Döden är förhandlingsbar*. Stockholm: Liber.

Ulrich, C., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x

Verpoort, C., Gastmans, C., & De Casterlé, B. D. (2004). Palliative care nurses' views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 592-600. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03148

Wiegand, D., & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*, 19(4), 479-487. doi:10.1177/0969733011429342

*Wright, D. K., 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), 56-73. doi:10.5737/236880762715664

Bilaga 1:1 Kvalitativ granskningsmall

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Modifierad version av Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011)

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Framgår ej

Patientkaraktäristiska

Antal _____

Ålder _____

Man/Kvinna _____

Är kontexten presenterad? Ja Nej Framgår ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Framgår ej

Urval

Relevant? Ja Nej Framgår ej

Strategiskt? Ja Nej Framgår ej

Metod

Urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Framgår ej

Datainsamlingen tydligt beskriven? Ja Nej Framgår ej

Analys tydligt beskriven? Ja Nej Framgår ej

Giltighet

Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Framgår ej

Råder datamättnad? Ja Nej Framgår ej

Råder analysmättnad? Ja Nej Framgår ej



Kommunicerbarhet

Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja	Nej	Framgår ej
Redovisas resultatet i förhållande till			
En teoretisk referensram?	Ja	Nej	Framgår ej
Skapas ny teori?	Ja	Nej	Framgår ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög

Medel

Låg

Kommentar

Granskare (sign)

Bilaga 1:2 Kvantitativ granskningsmall

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Modifierad version av Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011)

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

RCT CCT (ej randomiserad)

multicenter, antal center _____

Kontrollgrupp/er _____

Patientkaraktäristiska

Antal _____

Ålder _____

Man/Kvinna

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

Ja

Nej

Intervention

Vad avsåg studien att studera?



Urvalsförfarandet beskrivet?	Ja	Nej	
- Representativturval?	Ja	Nej	
- Randomiseringsförfarande beskrivet?	Ja	Nej	Framgår ej
- Likvärdiga grupper från start?	Ja	Nej	Framgår ej
- Analyserade i den grupp som de randomiserades till?	Ja	Nej	Framgår ej
- Blindning av patienter?	Ja	Nej	Framgår ej
- Blindning av vårdare?	Ja	Nej	Framgår ej
- Blindning av forskare?	Ja	Nej	Framgår ej
Bortfall			
- Bortfallsanalysen beskriven?	Ja	Nej	Framgår ej
- Bortfallsstorleken beskriven?	Ja	Nej	Framgår ej
- Adekvat statistisk metod?	Ja	Nej	Framgår ej
- Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Framgår ej
- Hur tillförlitligt är resultatet?	Ja	Nej	Framgår ej
- Är instrumenten valida?	Ja	Nej	Framgår ej
- Är instrumenten reliabla?	Ja	Nej	Framgår ej
- Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej	Framgår ej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög

Medel

Låg

Kommentar

Bilaga 2. Artikelmatris

Författare, Tidskrift, Årtal & Land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalite
Ay & Öz Nursing Ethics 2018, Turkiet	Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study.	Studiens syfte var att belysa turkiska sjuksköterskors attityder kring döden och dödshjälp relaterat till deras egenskaper.	En kvantitativ deskriptiv studie med enkäter gjord på sjuksköterskor från 25 olika sjukhus i Ankara, Turkiet.	Resultatet visar på att egenskaper som materiell status, år av erfarenheter, barn och erfarenhet av arbete med palliativ vård hade stor påverkan på sjuksköterskornas åsikter gentemot döden och dödshjälp.	Hög
Bellens, et al. Journal of Clinical Nursing 2019, Belgien	” It is still intense and unambiguous.” Nurse’s experiences in the euthanasia care process 15 years after legalization.	Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskor i Belgien erfarenheter och upplevelser av aktiv dödshjälp 15 år efter legaliseringen.	Kvalitativ design med semi-strukturerade intervjuer av 26 sjuksköterskor arbetande på sjukhus och inom hemsjukvård.	Resultatet visar på att sjuksköterskorna än idag upplever processen kring aktiv dödshjälp som ambivalent och onaturlig men att de även bidrar till en värdig död för patienterna.	Hög
Bendiane, et al. Journal of Medical Ethics 2009, England	Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors etiska dilemman kring palliativ seering hos cancersjuka patienter.	Kvantitativ metod baserad på randomiserade telefonintervjuer.	Resultatet visar på att sjuksköterskorna upplevde att deras huvuduppgift var framför allt att bidra till en fridfull död för patienterna med hjälp av palliativ seering.	Hög
Direckx de Casterle, et al. Journal of Advanced Nursing 2010, Belgien	Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors involvering i processen av mentalt stabila men fysiskt svårt sjuka patienters önskan av aktiv dödshjälp på olika sjukhus i delstaten Flanders i Belgien.	Kvalitativ ansats med djupgående intervjuer av 18 sjuksköterskor arbetandes på olika sjukhus i delstaten.	Resultatet visar på att arbetet kring aktiv dödshjälp är både dynamiskt och komplext. Resultatet presenteras utifrån ett flertal teman: aktivt lyssnande, samarbete, organisering samt stöd till anhöriga, kollegor och sig själva.	Hög

Denier, et al. Journal of Clinical Nursing 2010, Belgien	Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study.	Studiens syfte var att beskriva kommunikationens betydelse i processen av aktiv dödshjälp till mentalt stabila men svårt fysiskt sjuka patienter.	Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer av 18 sjuksköterskor från nio olika sjukhus.	Resultatet visar på att kommunikationen är nyckeln till en god vård vid aktiv dödshjälp och kräver ett gott samarbete i teamet. I resultatet presenteras kommunikationen utifrån ett flertal perspektiv.	Hög
Francke, et al. Patient Education & Counseling 2015, Holland	Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nationwide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia.	Syftet med denna studie var att presentera en inblick i holländsk vårdpersonals attityder och involvering kring dödshjälp.	Kvantitativ studie med enkät utförd på totalt 587 sjuksköterskor och undersköterskor som sedan analyserats med deskriptiv metod.	Resultatet visar på att majoriteten av deltagarna vill vara delaktiga vid beslut kring dödshjälp men att detta sällan sker. Många av deltagarna var ej medvetna om att de enligt lag inte fick ge patienten de dödliga preparatet. Vidare beskrivs även ett flertal faktorer som påverkar deltagarnas syn på dödshjälp som exempelvis religion.	Hög

Inghelbrecht, et al. Canadian Medical Association Journal 2010, Belgien	The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium.	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors involvering i beslutsfattandet, förberedelserna och utförandet vid aktiv samt passiv dödshjälp i Belgien.	En kvantitativ studie utförd på 1678 sjuksköterskor som under de senaste åren varit involverad i patientfall där dödshjälp utförts.	Resultatet visar på att många sjuksköterskor deltagit och administrerat de dödliga läkemedlet vid aktiv dödshjälp vilket således innebär att de agerat olagligt utan vetenskap om detta.	Hög
Naseh, et al. International Journal of Palliative Nursing 2015, Iran	Nurses attitudes towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran.	Studiens syfte var att undersöka iranska muslimska sjuksköterskors syn på aktiv dödshjälp.	Kvantitativ studie baserad på enkätsvar av 190 muslimska sjuksköterskor arbetande på två olika sjukhus.	Resultatet visar på att majoriteten av deltagarna var emot dödshjälp och att huvudsaken var det praktiska deltagandet kring det. De ansågs att livet var för mycket "värt" för att utföra en sådan handling.	Medel
Pesut, et al. Journal of Clinical Nursing 2020, Canada	Riding an elephant: A qualitative study of nurse's moral journeys in context of Medical Assistance in Dying (MAiD)	Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors moraliska upplevelse vid aktiv dödshjälp i Kanada.	En kvalitativ studie baserad på semi-strukturerade intervjuer av 59 sjuksköterskor arbetande på sjukhus i olika delstater av Kanada.	Resultatet visade på att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde känslomässiga konflikter i mötet med aktiv dödshjälp. Resultatet presenterar ett flertal moraliska tankar och konflikter sjuksköterskan ställs inför vid dessa möten.	Hög

Tamoya-Velazquez, et al. Nursing Ethics 2012, Spanien	Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain).	Studiens syfte var att belysa spanska sjuksköterskors kunskap, attityder och upplevelser av dödshjälp och assisterat självmord i Spanien.	En kvantitativ studie utförd med hjälp av en online enkät som besvarats av 390 sjuksköterskor i Andalusien, Spanien.	Resultatet visar på att majoriteten av sjuksköterskorna var mer för legalisering av dödshjälp än av assisterat självmord och att sjuksköterskorna bör erbjudas mer utbildning i frågorna kring livets slutskede och palliativ vård.	Medel
Terkamo-Moisio, et al. Nursing Ethics 2016, Finland	Nurse's attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines.	Studiens syfte var att undersöka finska sjuksköterskors attityder gentemot dödshjälp och hur vida deras karaktäristiska drag påverkar detta.	En kvantitativ metod baserad på en online enkät besvarad av 1003 finska sjuksköterskor.	Resultatet visar på att majoriteten av deltagarna tyckte dödshjälp bör vara en del av den finska vården och att patienterna bör ha rätt till att själva bestämma över sin egen död. Vidare presenteras även hur sjuksköterskornas egenskaper och bakgrunder påverkar deras syn på dödshjälp.	Hög
Wright, et al. Canadian oncology Nursing Journal 2017, Canada	Engaging with patients who desire death: Interpretation, presence, and constraint.	Studien syfte var att undersöka hur onkologisjuksköterskor bemöter cancersjuka patienters önskan om dödshjälp i den palliativa vården innan detta blev lagligt i Canada.	Kvalitativ deskriptiv studie med intervjuer av 11 onkologi sköterskor arbetande inom palliativ vård i Canada.	Resultatet presenteras utifrån 3 teman som framkom vid intervjuerna. Dessa tre teman beskriver hur sjuksköterskornas engagering påverkar deras möjligheter att påverka patienterna i deras önskan om dödshjälp.	Medel