

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER OCH ATTITYDER TILL AKTIV DÖDSHJÄLP

EN LITTERATURSTUDIE

EBBA ADRIAN
MATILDA KARLSSON

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER OCH ATTITYDER TILL AKTIV DÖDSHJÄLP

- EN LITTERATURSTUDIE

EBBA ADRIAN
MATILDA KARLSSON

Adrian, E & Karlsson, M. Sjuksköterskors erfarenheter och attityder till aktiv dödshjälp. En kvalitativ litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Universitet: Fakulteten Hälsa och Samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2020.

ABSTRAKT

Bakgrund: Aktiv dödshjälp är olagligt i Sverige men tillämpas idag i ett flertal länder i världen med olika bestämmelser. Patienter som avslutar sina liv med aktiv dödshjälp är oftast terminalt sjuka. Komplexiteten med dödshjälp innefattar etisk problematik, personliga värderingar, sjukvårdens värdegrund, patientens autonomi och hur dödshjälp ska tillämpas i praktiken. Sjuksköterskan bär omvårdnadsansvaret och har därmed ofta en nära relation till patient och anhöriga. Då många patienter lider i livets slutskede kan sjuksköterskor behöva handskas med svåra frågor om döden och önskningar kring hur livet ska avslutas.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter och attityder till aktiv dödshjälp.

Metod: En litteraturstudie med elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Två databaser användes, PubMed och CINAHL. Studierna granskades och analyserades med innehållsanalys som metod.

Resultat: Två teman och åtta underteman hittades. Under det första temat *Kommunikation* hittades följande underteman; *Förstå och hjälpa patienten, Samarbete och stöd i teamet, Sjuksköterskans delaktighet vid dödshjälp, Stöd till patient när dödshjälp beviljas* och *Sjuksköterskans stöd till anhöriga*. Under det andra temat *Attityder* hittades dessa underteman: *Attityder för aktiv dödshjälp, Attityder mot aktiv dödshjälp* och *Osäkerhet i frågan om aktiv dödshjälp*.

Konklusion: Dödshjälp är ett komplext ämne som väcker många känslor. Genom god kommunikation och tvärprofessionellt samarbete kan sjuksköterskor hantera de svårigheter som kan uppkomma. Trots att sjuksköterskor har olika åsikter i frågan gällande aktiv dödshjälp kommer de alltid möta patienter i livets slutskede

Nyckelord: aktiv dödshjälp, assisterad död, assisterat självmord, attityder, erfarenheter, litteraturstudie, sjuksköterskor.

NURSES' EXPERIENCES AND ATTITUDES TO EUTHANASIA

- A LITERATURE REVIEW

**EBBA ADRIAN
MATILDA KARLSSON**

Adrian, E & Karlsson, M. Nurses' experiences and attitudes to euthanasia. A qualitative literature review. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2020.

ABSTRACT

Background: Different countries have different euthanasia laws, in Sweden it is still an illegal practice. Patients who decide to end their lives with euthanasia/assisted death are usually terminally ill. The complexity with euthanasia includes ethical issues, personal values, health care principles, patient's autonomy and how it should be applied in practice. The nurse is responsible for nursing and thereby has a close bond to the patient and his/her's family. A lot of people suffer at the end of life and nurses are faced with difficult questions about death and wishes how they want their lives to end.

Aim: To illustrate nurses' experiences and attitudes to euthanasia/assisted suicide.

Method: A literature review based on eleven scientific articles with qualitative design. Two databases were used, PubMed and CINAHL. The studies have been reviewed and analyzed; the used method was content analysis.

Findings: Two main themes and eight sub themes were found. Under the first theme *Communication* the sub themes were; *Understanding and helping the patient, Collaboration and support in the team, Nurses' participation in the euthanasia process, Supporting the patient when euthanasia is granted and Nurses' support to relatives*. Under the second theme *Attitudes* the three sub themes were; *Attitudes for euthanasia/assisted death, Attitudes against euthanasia/assisted death and Uncertainty in the issue of euthanasia/assisted death*.

Conclusion: Euthanasia/assisted death is complex and stirs a lot of emotions. The facing difficulties are dealt with through communication and interdisciplinary teamwork. Though nurses' opinions about euthanasia/assisted death are divided they will always be faced with end of life nursing.

Key words: attitudes, assisted death, assisted suicide, euthanasia, experiences, literature review, nurses.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Olika modeller för dödshjälp</i>	1
<i>Sjuksköterskans roll i livets slutskede</i>	2
<i>Argument mot dödshjälp</i>	3
<i>Argument för dödshjälp</i>	3
<i>Lidande</i>	3
<i>Patienters tankar om dödshjälp</i>	4
<i>Skillnad på palliativ sedering och dödshjälp</i>	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
<i>Litteraturstudie</i>	6
<i>Kvalitativ studiedesign</i>	6
<i>Databaser</i>	6
<i>Inklusions-och exklusionskriterier</i>	7
<i>Databassökning</i>	7
<i>Urvalsprocessen</i>	7
<i>Dataanalys</i>	8
<i>Forskningsetiska överväganden</i>	8
RESULTAT	9
<i>Kommunikation</i>	9
Förstå och hjälpa patienten.....	10
Samarbete och stöd i teamet.....	10
Sjuksköterskans delaktighet i dödshjälpsprocessen.....	11
Stöd till patient när dödshjälp beviljas.....	11
Sjuksköterskans stöd till anhöriga.....	12
<i>Attityder</i>	12
Attityd för aktiv dödshjälp.....	12
Attityd mot aktiv dödshjälp.....	12
Osäkerhet i frågan om aktiv dödshjälp.....	13
DISKUSSION	13
<i>Metoddiskussion</i>	13
Databaser.....	13
Inklusions- och exklusionskriterier.....	14
Kvalitetsgranskning.....	14
Urval.....	14
Analys.....	14
Överförbarhet.....	15
<i>Resultatdiskussion</i>	15

Samverkan och kommunikation	15
Delaktighet i teamet	16
Moralisk konflikt.....	16
Autonomi.....	16
Lidande.....	17
Olika modeller.....	17
KONKLUSION.....	18
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE.....	18
REFERENSER	20
BILAGA 1	23
BILAGA 2	27

INLEDNING

Varje år dör omkring 90 000 personer i Sverige. Vissa personer dör oväntat men för dem allra flesta inträffar döden till följd av sjukdom, varav hjärt-och kärlsjukdom och cancer är vanligast (Socialstyrelsen 2019). Döden är för många ett känsligt ämne som kan vara svårt att prata om. Vi kommer alla att dö men hur och när vet vi inte. Hur skulle det se ut om vi hade makt att bestämma över vår död?

Runtom i världen finns det länder med lagstiftad dödshjälp. I svensk sjukvård värnar vi om patienters autonomi och samarbete men än så länge finns inte möjligheten att få hjälp att dö. I Sverige har debatten om legalisering varit aktuell sedan 1970-talet och diskuteras flitigt än idag. Enligt en undersökning från 2017 var 61% av svenskarna positiva till en legalisering av dödshjälp (KIT/Novus 2017).

Efter att ha arbetat en sommar som undersköterskor på akutvårdsavdelningen i Malmö har författarna till detta examensarbete träffat på patienter i livets slutskede. Lidande patienter har i vissa fall velat avstå behandlingar eller uttryckt att de vill ha hjälp att dö. Detta tillsammans med den aktuella debatten har väckt tankar om alternativ i livets slutskede. Eftersom omvårdnad är sjuksköterskans huvudansvar och eftersom de har en nära relation till patient och anhöriga har författarna valt att belysa sjuksköterskors erfarenheter och attityder till dödshjälp.

BAKGRUND

I Sverige pågår debatten om att legalisera dödshjälp men i många länder är det redan lagligt. I Nederländerna, Belgien, Luxemburg, Schweiz, Kanada, ett antal delstater i USA, i delstaten Victoria i Australien och i Colombia tillämpas dödshjälp med stöd av lagstiftning. Dödshjälp definieras av Statens medicinsk-etiska råd (2017) som "en insats som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död" (Statens medicinsk-etiska råd 2017, sid 12). Dödshjälp används som ett huvudbegrepp där eutanasi och assisterad död ingår. Eutanasi innebär att patienter får ett injicerat dödligt läkemedel. Assisterad död, även kallat assisterade självmord, innebär att patienten får det dödliga läkemedlet utskrivet men får själv ta det (a.a.). Patienter som väljer att avsluta sina liv med aktiv dödshjälp lider oftast av terminal sjukdom. De vanligaste diagnoserna där aktiv dödshjälp tillämpas är cancer, hjärt-kärlsjukdom och Amyotrofisk lateral skleros (ALS) (Statens medicinsk-etiska råd 2017) och det finns olika modeller att tillgå.

Olika modeller för dödshjälp

Oregonmodellen tillämpas i ett flertal stater i USA genom Death with Dignity Act. Den innefattar endast assisterad död för svårt sjuka patienter som uppskattas inte ha mer än sex månader kvar att leva. Patienten måste vara kapabel att ta beslut och uttrycka önskemål om sin vård samt vara minst arton år fyllda för att bli beviljad assisterad död (Statens medicinsk-etiska råd 2017).

Beneluxmodellen innefattar både eutanasi och assisterad död och tillämpas i Belgien, Luxemburg och Nederländerna. I denna modell är det patientens lidande som avgör i beslutet om beviljad dödshjälp. Patienter med obotligt och olidligt lidande, som både kan vara fysiskt eller psykiskt, kan i dessa länder få rätt till dödshjälp. Även personer som förlorat sin förmåga att ta beslutet själv kan i vissa fall med förhandsdirektiv beviljas dödshjälp. Förhandsdirektiv, även kallat vårddirektiv eller livstestamenten, är en anvisning från när personen är beslutskompetent angående vilka behandlingar hen önskar att få eller avstå från att få om hen hamnar i ett tillstånd av medvetandeförlust. I Nederländerna och Belgien kan även barn under arton bli beviljade (Statens medicinsk-etiska råd 2017).

Det finns också länder vars lagstiftning skiljer sig från dessa modeller. Delstaten Victoria i Australien införde assisterad död i sin lagstiftning i juni 2019. I Victoria har patienter som har högst ett år kvar att leva rätt att söka assisterad död. Om patienten är fysiskt inkapabel att ta läkemedlet själv får läkaren assistera (Victoria State Government 2019). I Kanada är eutanasi och assisterad död lagligt men med villkoret att patienten är över 18 år, i livets slutskede och har outhärdligt lidande (Statens medicinsk-etiska råd 2017). I Colombia är kraven för att beviljas dödshjälp att patienten är myndig, har tydligt uttryckt sin vilja att dö och är terminalt sjuk men har tillgång till palliativ vård. Dödshjälp i Colombia ska finnas tillgänglig på alla sjukhus men läkarna har rätten att vägra. I Schweiz är det endast assisterad död som är tillåtet. Det är inte bara läkare som kan assistera utan även organisationer så länge de inte gör det för egen vinning. Exit och Dignitas är exempel på organisationer som hjälper till med dödshjälp. De medicinska kraven är att en person; lider av en terminal sjukdom, upplever outhärdligt lidande eller har en olidlig funktionsnedsättning. Om dessa kriterier uppfylls kan patientens läkare, eller en läkare från en dödshjälpsorganisation, skriva ut ett dödligt läkemedel. Schweiz är också det enda landet som tar emot patienter från andra länder som önskar dödshjälp (a.a).

Tabell 1. Översikt: länder/stater med legaliserad dödshjälp.

Länder:	Nederländerna	Belgien	Luxemburg	Schweiz	Kanada	USA	Victoria	Colombia
Eutanasi	X	X	X		X			X
Assisterad död	X	X	X	X	X	X	X	

Sjuksköterskans roll i livets slutskede

Sjuksköterskor har ett ansvar att utöva en respektfull och jämlik vård till alla sina patienter. En vård som grundar sig i mänskliga rättigheter, autonomi och värdighet. Sjuksköterskor verkar för professionella värden såsom lyhördhet, medkänsla, respektfullhet, trovärdighet och integritet. De fyra huvudsakliga ansvarsområden i arbetet är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses 2012). När det inte längre är möjligt att återställa hälsa återstår lindring och tröst. Palliativ vård har som mål att ge patienten livskvalitet genom holistisk vård i livets slutskede.

Ge vård åt patienter i livets slutskede kräver hög kompetens men lika viktigt är förmågan att lyssna och förstå (Socialstyrelsen 2013). Vårdens kvalitet är helt beroende på teamets förmåga att samarbeta. Sammansättningen av teamet är

multidisciplinärt och styrs helt utifrån patientens alla behov. Sjuksköterskans roll i vården är att organisera teamet, följa upp och verkställa gjorda beslut. Likaså att skapa trygghet och tillit för såväl patient och anhöriga. Teamet arbetar tillsammans utifrån de fyra grundpelarna för all vård i livets slutskede: symtomkontroll, teamarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående (a.a).

Argument mot dödshjälp

Den palliativa vården i Sverige handlar framförallt om att tillgodose den döende patientens behov med omvårdnad, smärtlindring och sedering (Tännsjö 2009). Det finns farhågor att den palliativa vårdens utveckling skulle riskera att avstanna med en legalisering. Ett annat argument mot dödshjälp som Tännsjö (2009) väljer att belysa är att svårt sjuka patienter kan känna sig pressade att välja dödshjälp för att inte belasta närstående eller samhället. Ytterligare ett argument mot dödshjälp är att kriterierna för dödshjälp successivt riskerar att tilltaga. Tännsjö (2009) förtydligar att det finns en rädsla hos opponenter att en legalisering kan innebära ett sluttande plan med fler som beviljas dödshjälp. Vem som beviljas dödshjälp och på vilka grunder riskeras med tiden bli mer tillåtande (a.a.). Ett exempel på detta skulle kunna vara att läkare beviljar dödshjälp till patienter som egentligen inte uppfyller kraven. Ett annat sätt är om lagstiftarens- och domstolarnas gränser blir mer "tillåtande" (Statens medicinsk-etiska råd 2017).

Argument för dödshjälp

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har sammanställt de vanligaste argumenten för dödshjälp. Först och främst skulle dödshjälp göra att lidandet upphör samt förkortar tiden med låg livskvalitet. Ett annat argument är rätten till autonomi, då en individ själv ska bestämma hur hen vill leva och hur och när hen vill avsluta sitt liv (Statens medicinsk-etiska råd 2017). Ett tredje argument, *demokratiargumentet*, innebär att större delen av befolkningen tycker att patienter i livets slutskede ska få tillgång till dödshjälp. Det är alltså odemokratiskt att en minoritet ska bestämma om lidande patienter ska ha rätt till dödshjälp eller inte (Statens medicinsk-etiska råd 2017). Ett fjärde argument tar upp rättvisa. Detta handlar om att en patient som har livsuppehållande behandling har rätt att avstå behandling och då borde även patienter utan denna behandling kunna välja att avsluta sitt liv på annat sätt. Ett femte argument belyser värdighet. Argumentet grundar sig i att svårt sjuka ska få avsluta sitt liv på ett värdigt sätt (Statens medicinsk-etiska råd 2017). SMER uppmärksammar även att de som är för dödshjälp menar att smärtstillande läkemedel inte alltid räcker till för att minska lidandet. Möjligheten att välja dödshjälp kan även ge patienter trygghet i livets slutskede. De känner på så sätt att de har kontroll med vetskapen att få avsluta livet om så önskas (Statens medicinsk-etiska råd 2017).

Lidande

Lidande är ett bärande begrepp i debatten kring dödshjälp. Det finns ingen tydlig definition av lidande men omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (1994) menar att lidandet är en naturlig del av livet. Eriksson (1994) beskriver att varje människas lidande är unikt och kan gestaltas i kroppslig smärta eller själsligt och andligt lidande. Enligt Eriksson (1994) finns det tre typer av lidande inom sjukvården; sjukdoms-, vård- och livslidande. Sjukdomslidandet syftar till symptom på sjukdom och kan fokuseras till en kroppsdel. Det kan även engagera hela människans kropp och själ. Vårdlidande innebär enligt Eriksson (1994) ofta ett onödigt

lidande som kan uppstå i och med misskött- eller utebliven vård Livslidande är ett lidande som påverkar hela människan och dess existens vilket kan bero på att människan är i livets slutskede. Den fysiska smärtan kan till skillnad från livslidande som engagerar hela människan ses som sjukdomslidande (a.a).

För att lindra lidandet menar Eriksson (1994) att vårdpersonalen måste förstå innebörden av lidande. Det är viktigt att vårdaren bekräftar lidandet och ger tid till patienten att lida. Det krävs mod av vårdtagaren för att möta lidandet då den lidande inte alltid kan uttrycka sig. Om inte vårdtagaren har mod till att möta lidande eller förnekar lidandet kan hen heller inte lindra lidandet (a.a).

Patienters tankar om dödshjälp

Patientens autonomi används som argument i debatten om dödshjälp. En studie från Kanada visade att 73 % av tillfrågade svårt sjuka patienter var för en legalisering med argumenten att förkorta lidandet och patientens rätt till självbestämmande. En del patienter som var emot en legalisering hade argument med grund i religiös tro och moral (Wilson m.fl. 2000).

När cancersjuka patienter i Sverige fick frågan om de var för- eller emot dödshjälp var majoriteten osäkra med anledning av komplexiteten i frågan. Många kunde se både för- och nackdelar för vad en lagstiftning i Sverige hade kunnat innebära (Karlsson m.fl. 2011). De svenska patienterna hade skilda tankar kring autonomi i samband med dödshjälp samt skilda åsikter om tillit till vården. Vissa ansåg att patientens autonomi stärkts med möjligheten att välja dödshjälp om så önskas. De menade att patienter på så sätt får bestämma över sin egen död vilket de ansåg var en mänsklig rättighet. Medan andra tänkte på problematiken med valet, såsom manipulerade beslut eller undanhåll av information till patienten. Det fanns hos några av patienterna en misstro att vården skulle kunna använda dödshjälp för att göra ekonomiska vinster och dra ner på sjukvårdskostnader (a.a.). En undersökning från Finland visade också att patienter hade svårt med ställningstagande i frågan om dödshjälp, 47 % var positiva och 34 % negativa. De resterande patienterna kunde inte ta ställning i frågan (Kuuppelomäki 2000).

Skillnad på palliativ sedering och dödshjälp

Aktiv dödshjälp är inte lagligt i Sverige, att avsluta en annan människas liv är straffbart och styrs av flera olika lagar (Socialstyrelsen 2013). Däremot har patienten rätt att tacka nej till livsuppehållande behandling eller välja att avsluta om den påbörjats. Livsuppehållande behandling innebär att hälso-sjukvården erbjuder medicinska åtgärder för att upprätthålla patientens liv. Det kan exempelvis vara kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, vätskedrivande eller cytostatika. Palliativ sedering är också lagligt i Sverige. Det innebär en avsiktlig påverkan av medvetandegraden hos en patient i livets slutskede. Syftet är att lindra svåra symtom som inte kunnat lindras på annat sätt. Detta görs genom kontinuerlig eller intermitterande tillförsel av ett lugnande och ångestdämpande läkemedel (a.a).

Palliativ sedering används som en behandling för att lindra lidande till skillnad från dödshjälp då avsikten är att avsluta en människas liv (Rys m.fl. 2015). En del vårdpersonal beskriver palliativ sedering som en naturlig dödsprocess (Raus m.fl. 2014). Effekten av sederingen kan i vissa fall vara en oavsiktlig påskyndad död, men i vissa fall är denna effekt delvis avsiktlig (Rys m.fl. 2015).

Palliativ sedering kan anses vara något av en gråzon mellan palliativ sedering och aktiv dödshjälp (Rys m.fl 2015). De menar att palliativ sedering kan användas med avsikten att avsluta människors liv utan att gå igenom lagliga bestämmelser och pappersarbete såsom vid aktiv dödshjälp. En stor skillnad är att med dödshjälp avlider patienten med omedelbar verkan och med palliativ sedering sker förloppet över tid. Palliativ sedering kan också ses som en form av långsam dödshjälp. Därför finns det en rädsla hos vårdpersonal att patienten avlider “för fort” efter administrering så att deras motiv ifrågasätts (a.a.).

En del vårdpersonal menar att anhöriga har lättare att hantera ett dödsfall med palliativ sedering eftersom det anses vara naturlig död (Rys m.fl. 2015). Även för vårdpersonalen är skillnaden stor mellan att sedera eller avsluta patienters liv med dödshjälp (Anquinet m.fl. 2012). Efter att palliativ sedering påbörjats kan patienten leva flera dagar upp till veckor, vilket gör det svårare för vårdpersonal att veta vilken inverkan det sedativa läkemedlet haft på patienten (Raus m.fl. 2014). Aktiv dödshjälp beskrivs däremot av en del vårdpersonal som svårt att hantera eftersom de aktivt tar ett liv (Rys m.fl. 2015).

PROBLEMFÖRMULERING

Sjuksköterskans ansvar är bland annat att främja hälsa och lindra lidande. När en sjukdom inte längre går att bota så ansvarar vården för att lindra lidande och för att försöka ge patienten livskvalitet i livets slutskede. En legalisering av aktiv dödshjälp ger enligt förespråkare patienter rätten att bestämma över sin död och förkortar lidandet. Motståndarna menar däremot att aktiv dödshjälp kan göra att patienter känner sig tvingade att välja detta och att den palliativa vården kan stanna i utveckling. Aktiv dödshjälp är idag legaliserat i ett flertal länder i världen. Komplexiteten med aktiv dödshjälp innefattar etisk problematik, personliga värderingar, sjukvårdens värdegrund, patientens autonomi och hur dödshjälp ska tillämpas i praktiken. Sjuksköterskan bär omvårdnadsansvaret och har därmed ofta en nära relation till patient och anhöriga. Då många patienter lider i livets slutskede kan sjuksköterskor behöva handskas med svåra frågor om döden och önskningar kring hur livet ska avslutas. Det finns en kunskapslucka i hur sjuksköterskor upplever att möta patienter som önskar dödshjälp. Debatten om dödshjälp är ofta politisk, alltför sällan lyfts vårdpersonalens röst och därför har författarna valt att belysa sjuksköterskors erfarenheter och attityder.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter och attityder till aktiv dödshjälp.

METOD

Utifrån syftet valdes litteraturstudie som metod och eftersom författarna ville ta reda på sjuksköterskors erfarenheter och attityder av dödshjälp så analyserades empiriska studier med kvalitativ design.

Litteraturstudie

En litteraturstudie är en sammanställning av flera empiriska studier från samma forskningsområde. Vetenskaplig litteratur granskas metodiskt och systematiskt och skapar en ny helhet. Granskningsprocessen är disciplinerad och förhållandevis transparent så att läsaren själv kan bedöma slutsatserna (Polit & Beck 2014).

Kvalitativ studiedesign

Kvalitativ metod grundar sig i ett holistiskt synsätt och har som mål att studera personers erfarenheter av ett fenomen. Det finns ingen absolut sanning då det handlar om människors levda erfarenheter. Kvalitativ ansats är passande att använda när forskaren söker förståelse och vill beskriva olika fenomen. Datainsamlingen vid denna design kan ske genom exempelvis intervjuer och det är personers beskrivningar av deras erfarenheter som sen ska analyseras och tolkas till skillnad från kvantitativ metod där numerisk data undersöks (Henricson & Billhult 2017).

Databaser

De databaser som användes till föreliggande litteraturstudie var CINAHL och PubMed vilka är databaser som har artiklar som behandlar omvårdnad och medicin. De sökord som användes baserades på litteraturstudiens syfte där meningsbärande begrepp delades in i sökblock och där sökorden översattes till engelska. För att vidga sökningen innehöll varje sökblock synonymer som kombinerades med den booleska sökoperatör OR. Sökblocken kombinerades därefter med booleska sökoperatör AND för att avgränsa sökningen (Willman m.fl. 2016).

För att strukturera arbetets frågeställning inför databassökningen användes POR-modellen. P står för population (undersökningsgrupp), O för område och R för resultat (Willman m.fl. 2016).

Tabell 2. POR-modell (Willman m.fl. 2016).

Population	Område/fenomen	Resultat
Sjuksköterskor	Dödshjälp	Erfarenheter Attityder Kvalitativa studier

Inklusions-och exklusionskriterier

För att begränsa resultatet av litteratursökningen gjordes inklusions- och exklusionskriterier (Forsberg & Wengström 2016).

Inklusionskriterier;

- Sjuksköterskors erfarenheter/attityder till dödshjälp oavsett legalisering eller inte.
- Vetenskapliga empiriska studier med kvalitativ design.
- Studier som var peer reviewed, d v s granskade av ämnesexperter.
- Studier skrivna på engelska.
- Studier med tillgång till abstrakt och fulltext utan kostnad via Malmö universitets bibliotek.

Exklusionskriterier;

- Studier om palliativ sedering
- Studier om passiv dödshjälp

Databassökning

Litteratursökningarna gjordes med samma sökord i de två valda databaserna, PubMed och CINAHL. Utifrån POR-modellen översattes de bärande begreppen till engelska och flera synonymer hittades. Sökord som användes för sjuksköterskans erfarenheter och attityder var "nurses experience", "nurses attitude", "nurses views", "nurses perceptions", "nurses beliefs", "nurses opinion". Dessa sökord delades även upp i Nurse* och Nursing och synonymer av experience för att sedan slås ihop med ovan nämnda sökord. Detta för att ytterligare inte missa några studier. De sökord som användes för dödshjälp var Euthanasia, "active Euthanasia", "assisted suicide", "assisted death". För att försöka utesluta resultat av kvantitativa studier användes även ett sökblock för kvalitativa studier; "Qualitative study", "qualitative research", "Qualitative method".

För att utöka sökningens omfattning användes Medical subject headings (MeSH) (Henricsson & Billhult 2017). Dessa ämnesord såg olika ut i de olika databaserna. På PubMed användes ämnesorden; "Attitude"[Mesh] , "Attitude of Health Personnel"[Mesh] "Nurses"[Mesh], "Euthanasia"[Mesh] "Euthanasia, Active, Voluntary"[Mesh], "Euthanasia, Active"[Mesh]) och "Qualitative Research"[Mesh]. På CINAHL användes ämnesorden MH "Nurse Attitudes", MH "Attitude of Health Personnel", "MH "Practical Nurses", MH "Euthanasia", MH "Suicide, Assisted" och MH "Qualitative Studies" (se också bilaga 1). I CINAHL användes även filtret Peer reviewed och språket begränsades till engelska. Denna funktion fanns inte på PubMed.

Urvalsprocessen

Sökningen resulterade i 96 träffar på PubMed och 105 träffar på CINAHL. Utifrån syftet gjorde författarna först en grovsällning genom att läsa alla titlar. Därefter lästes 21 abstrakt i PubMed och 26 i CINAHL. Efter att ha läst dessa abstrakt valdes 18 studier från CINAHL och 15 från PubMed att läsas i fulltext då de verkade svara mot studiens syfte. Av dessa var 10 stycken dubletter vilket resulterade i en relevansgranskning av 23 stycken artiklar. Relevansbedömningen gjordes genom att se om studierna uppfyllde arbetets inklusions- och exklusionskriterier. Efter denna bedömning var det 13 artiklar som uppfyllde kriterierna och dessa kvalitetsgranskades. Kvalitetsgranskningen gjordes av båda

författarna utifrån en mall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering för kvalitativ studiedesign (SBU 2014). Mallen var gjord för att kvalitetsgranska studier av kvalitativ forskningsmetodik utifrån patientupplevelser. Författarna bedömde dock att den även var applicerbar på sjuksköterskor. Innan kvalitetsgranskningen påbörjades var båda författarna överens om hur mallen skulle tolkas och gjorde därefter på samma sätt i granskningen (Willman m.fl. 2016). Granskningen resulterade i elva utvalda studier till resultatet då två bedömdes vara av mycket låg kvalitet. Sex av studierna bedömdes vara av hög kvalitet och fem av medelhög kvalitet (se artikelmatris, bilaga 2).

Tabell 3. Sammanställning av urvalsprocessen i PubMed och CINAHL.

Databas	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal granskade artiklar	Antal artiklar till resultat
PubMed	96	96	21	7	7
CINAHL	105	105	26	12	10
Totalt	201	201	47	13	11

Manuella sökningar

För att finna ytterligare studier gjordes manuella sökningar. Detta gjordes genom att författarna gick igenom redan valda studiers referenslistor (Forsberg och Wengström 2016). Några referenser verkade intressanta för syftet men valdes bort då de inte uppfyllde inklusions-och exklusionskriterierna eller att de inte fanns tillgängliga i fulltext.

Dataanalys

En innehållsanalys gjordes på de artiklar som blev kvar efter urvalsprocessen. Denna analysmodell karakteriserades av en sammanställning och bearbetning av data för att finna specifika fenomen. Analysen utfördes enligt Forsberg & Wengströms (2016) fem steg och började med att båda författarna läste alla artiklar ett flertal gånger för att bekanta sig med materialet. Sedan markerades meningar och stycken om de svarade mot litteraturstudiens syfte. Likheter och skillnader identifierades vilket skapade olika mönster och teman. Slutligen diskuterades materialet i relation till examensarbetets syfte vilket resulterade i två huvudteman och åtta underteman (Forsberg & Wengström 2016)

Forskningsetiska överväganden

Författarparet har endast inkluderat studier som tagit hänsyn till människors lika värde, integritet och självbestämmande. Syftet med forskningsetik är att värna om

människors värde och rättigheter. Deltagare som medverkar i forskningen ska skyddas och medverkan ska vara frivillig. Författarna har därför använt sig av studier som följer de forskningsetiska kraven; informations-, konfidentialitets-, samtyckes- och nyttjandekravet. En följsamhet till dessa krav är viktigt eftersom det annars finns en risk att människor utnyttjas för medel till ny kunskap (Kjellström 2017).

RESULTAT

Resultatet baserades på elva vetenskapliga studier med kvalitativ design. Sex kvalitetsbedömdes till hög kvalitet och fem till medelhög kvalitet. Fem studier var från Belgien, tre från USA, en från Nederländerna, en från Australien och en från Finland. Vissa studier (REF) belyste sjuksköterskors erfarenheter och attityder till dödshjälp innan det var lagligt och fokuserade främst på när sjuksköterskor fick en förfrågan om dödshjälp. De övriga studierna (REF) gjordes där dödshjälp var lagligt. Studierna från Belgien är gjorda både innan och efter legalisering. Studierna som ingick var publicerade mellan åren 1998 och 2010. Totalt deltog 150 sjuksköterskor i de olika studierna. Av dessa var 101 kvinnor och 16 män. De resterande 33 sjuksköterskornas könsidentitet framgick inte. Åldern varierade mellan 24-65 år. Sjuksköterskorna som deltog i studierna hade varierade erfarenheter och specialistutbildningar. De studier som inkluderats belyser dödshjälp i form av eutanasi eller assisterad död. När författarna använder ordet "dödshjälp" i resultatet innefattar det då både eutanasi och läkarassisterat självmord. Författarna har även valt att använda "dödshjälpsprocess" för att lättare beskriva hela processen vid dödshjälp från att vårdpersonal får en förfrågan om dödshjälp till tiden efter att dödshjälp utförts. Resultatet redovisas i två teman *kommunikation och attityder* med åtta underteman, se tabell nedan.

Tabell 4. Resultatöversikt med teman och underteman.

Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Förstå och hjälpa patienten • Samarbete och stöd i teamet • Sjuksköterskans delaktighet vid dödshjälp • Stöd till patient när dödshjälp beviljas • Sjuksköterskans stöd till anhöriga
Attityder	<ul style="list-style-type: none"> • Attityder för aktiv dödshjälp • Attityder mot aktiv dödshjälp • Osäkerhet i frågan om aktiv dödshjälp

Kommunikation

Under detta tema presenteras sjuksköterskans relation till dödshjälp i olika underteman. Dessa underteman belyser sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med patient, anhöriga och kollegor.

Förstå och hjälpa patienten

Flera sjuksköterskor menade att vara öppen och lyssna aktivt var högst betydande vid en förfrågan om dödshjälp (De Bal m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). Patienter använde ofta vaga termer vid förfrågan om dödshjälp vilket gjorde det svårt för sjuksköterskorna att förstå vad patienten egentligen ville (De Bal m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998). De fick försäkra sig om att förfrågan inte var ett rop på hjälp eller påtryckningar från anhöriga utan att det var... (van de Scheur & van der Arend 1998). När sjuksköterskorna tog sig tid att lyssna kunde patienten känna trygghet att dela med sig av sina tankar (Denier m.fl. 2010; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Det ledde också till att de lättare kunde förstå patientens förfrågan (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Legalisering av dödshjälp underlättade kommunikationen. Det blev lättare för både sjuksköterskor och patienter att diskutera rädslor och önskemål i livets slutskede (Denier m.fl. 2009; Harvath m.fl. 2006).

En annan viktig del av kommunikationen var att ge information om andra palliativa behandlingsalternativ (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Kennedy Schwarz 2003). Detta för att göra patienten delaktig i sin vård och för att möjliggöra för patienten att fatta rätt beslut i livets slutskede (Kennedy Schwarz 2003). Med legalisering kände flera sjuksköterskor ett större ansvar att hitta andra behandlingsalternativ för att undvika dödshjälp (Harvath m.fl. 2006). Vissa sjuksköterskor från palliativ enhet menade att många förfrågningar om dödshjälp grundade sig i ett lidande som kunde lindras med andra alternativ (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). Vissa menade dock att lidandet inte alltid är fysiskt utan kan grunda sig en existentiell ångest som inte går att lindra med läkemedel (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Harvath m.fl. 2006; Kennedy Schwarz 2003).

Samarbete och stöd i teamet

Flera studier visade att ett tvärprofessionellt teamarbete gjorde det lättare för sjuksköterskor att hantera dödshjälpsprocessen (Denier m.fl. 2009; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). En god kommunikation i teamet krävde att alla inblandade var öppna och ärliga (De Bal m.fl. 2006). Tid beskrevs också som avgörande för ett bra samarbete. Sjuksköterskor beskrev att de behövde tid till att stötta patient, anhöriga och kollegor (Denier m.fl. 2009). När tiden inte räckte till upplevde flera sjuksköterskor en maktlöshet (De Bal m.fl. 2006). Sjuksköterskor på palliativa enheter hade en mindre stressig miljö jämfört med sjuksköterskor som arbetade på andra enheter, vilket gav goda förutsättningar för ett välfungerande teamarbete samt tid för stöd (a.a.).

Dödshjälp kunde väcka starka känslor och tvivel hos vårdpersonal (De Bal m.fl. 2006; Denier m.fl. 2009, Denier m.fl. 2010; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Lowe Volker 2001). För att samarbetet skulle fungera så var det viktigt att se till att alla i teamet mådde bra under dödshjälpsprocessen. Tillsammans kunde teamet stötta och solidariskt ta ansvar för allas välmående (De Bal m.fl. 2006). Flera sjuksköterskor ansåg även att emotionellt stöd var nödvändigt (a.a.). I teamet diskuterades känslor och erfarenheter samt vad som skulle kunna göras bättre (Denier m.fl. 2010; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Detta ledde till en utveckling i teamet och att dödshjälpsprocessen blev lättare att hantera (De Bal m.fl. 2006; Denier m.fl. 2010).

Sjuksköterskans delaktighet i dödshjälpsprocessen

Sjuksköterskornas delaktighet i beslutet gällande aktiv dödshjälp påverkade hur de upplevde dödshjälpsprocessen (Denier m.fl. 2009; van de Scheur & van der Arend 1998). De flesta sjuksköterskor beskrev att deras roll i beslutsprocessen var att föra patientens talan och ge information till teamet (De Bal m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998). De skulle se till att patientens förfrågan om dödshjälp diskuterades i teamet och behandlades med respekt (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Det var viktigt att inkludera sjuksköterskor i beslutsprocessen på grund av deras nära relation till patienterna (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998). Det var viktigt att deras röster fick höras även om de inte tog det formella beslutet (De Bal m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998).

Ett flertal sjuksköterskor beskrev att administrationen vid dödshjälp var läkarens ansvar, likaså fatta det slutgiltiga beslutet om att bevilja dödshjälp (De Bal m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998). Några sjuksköterskor beskrev detta som betryggande eftersom de själv inte ville vara ansvariga för patientens död. Tanken på att själv ge den dödliga dosen av läkemedlet fick sjuksköterskorna att känna rädsla. De funderade på hur det skulle kunna påverka deras självkänsla i vetskap om att de tagit en människas liv (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). För en del sjuksköterskor var det viktigt att klargöra för patienten att beslutet låg utanför deras kompetens som ett sätt att lättare hantera dödshjälpsprocessen. Detta gjordes för att distansera sig från ansvaret för patientens död och gjorde processen hanterbar (De Bal m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). Flera sjuksköterskor betonade att möjligheten att avstå från att delta vid utförandet borde finnas (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). Vid assisterad död var några sjuksköterskor oroliga för att bli inblandade i processen. Detta för att de var osäkra att skilja deras ansvarsområde och vad lagen tillät dem göra vid assisterad död. De beskrev att det kunde handla om att patienter eller anhöriga rådfrågade om administrering vilket gjorde att de kände sig inblandade (Harvath m.fl. 2006).

Stöd till patient när dödshjälp beviljas

När ett beslut var taget om dödshjälp såg flera sjuksköterskor ett ökat behov av omvårdnad och stöd hos patienten (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Utöver att tillgodose med god palliativ vård försökte sjuksköterskorna också att uppfylla patientens önskemål (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010; van de Scheur & van der Arend 1998). Det var också viktigt att ge information om vad som skulle ske för att få patienterna att känna sig trygga (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Vissa ansåg att många viktiga samtal skedde när patienten gjort sig redo för att dö och att deras uppgift var att ge stöd oavsett personlig åsikt (Harvath m.fl. 2006). Många sjuksköterskor betonade även vikten av att samtala om annat än dödshjälp (Denier m.fl. 2010; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Det kunde vara samtal om livet, minnen och andra tankar (Denier m.fl. 2010).

Sjuksköterskor kunde av religiösa skäl ha svårt att stötta sina patienter. Eftersom de starkt kände att det var fel med dödshjälp var de oförmögna att finnas där som stöd för patienterna och deras anhöriga. Deras beslut att inte vårda dessa patienter när det känns tungt respekterades av deras kollegor som då tog över ansvaret för patienten (van de Scheur & van der Arend 1998).

Sjuksköterskans stöd till anhöriga

I flera studier framgick det att sjuksköterskorna ansåg sig ha en viktig roll i att stötta anhöriga (De Bal m.fl. 2006; Denier m.fl. 2010; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010; van de Scheur & van der Arend 1998). Sjuksköterskornas stöd till anhöriga handlade främst om att vara närvarande genom att lyssna aktivt och ge utrymme för frågor och funderingar (De Bal m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Anhöriga som tyckte att det var svårt att acceptera patientens beslut fick stöd av sjuksköterskor genom kommunikation och vägledning. På så sätt kunde sjuksköterskorna skapa en ro hos familjen (Denier m.fl. 2010). Vid assisterad död upplevde flera sjuksköterskor att det var svårt att prata med vissa familjer då det ibland likställdes med självmord och inte var socialt accepterat. Ett motstånd uppstod i vårdkontakten som gjorde det svårt för sjuksköterskorna att kunna ge sitt stöd (Harvath m.fl. 2006).

Många sjuksköterskor ansåg sig dessutom ha en viktig roll att stötta anhöriga efter att patienten gått bort (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998). Dödshjälp kunde väcka många frågor samt känslor som tvivel och skuld hos familjerna. De behövde därför sjuksköterskornas stöd för att försäkra sig om att dödshjälp var rätt beslut (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). Det var viktigt att ge möjlighet till anhöriga att uttrycka känslor och rädslor (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). En tid efter patienten avlidit tyckte flera sjuksköterskor att det var viktigt att kontakta vederbörandes anhöriga (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010; van de Scheur & van der Arend 1998). Kontakten kunde ske på olika sätt, exempelvis genom telefonsamtal, närvaro vid en minnesstund eller begravning (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). En god relation till patientens anhöriga gjorde att sjuksköterskorna lättare kunde hantera svårigheter som de själv upplevde med aktiv dödshjälp (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006).

Attityder

Under detta tema presenteras sjuksköterskors olika attityder till aktiv dödshjälp.

Attityd för aktiv dödshjälp

Patientens rätt till autonomi ansåg många sjuksköterskor vara ett skäl för att ställa sig positiv till dödshjälp. En individ har rätten att bestämma över sin död och därmed rätten att välja dödshjälp (Harvath m.fl. 2006; Kuuppelomäki 2000; White m.fl. 2008). Ett annat skäl till en positiv attityd var att dödshjälp var ett mer humant alternativ, än att onaturligt förlänga patientens lidande med olika behandlingar (Kuuppelomäki 2000; White m.fl. 2008). Med dödshjälp slapp sjuksköterskorna se sina patienter att lida i onödan (White m.fl. 2008). Flera sjuksköterskor var tillfreds med att kunna hjälpa patienter att få dödshjälp när det utfördes i en lugn och fridfull miljö. Denna känsla förstärktes om patienten och vederbörandes anhöriga uttryckte sin tacksamhet (Denier m.fl. 2009).

Attityd mot aktiv dödshjälp

Somliga sjuksköterskor var negativa till aktiv dödshjälp av flera olika skäl (Harvath m.fl. 2006; Kuuppelomäki 2000; White m.fl. 2008). Ett skäl till detta var rädslan att vara direkt ansvarig för att avsluta en människas liv (White m.fl. 2008). Ett annat skäl var att dödshjälp kan medföra en risk att patienter väljer dödshjälp trots att de inte vill, utan på grund av att inte vilja vara en börda för samhället eller familjen (White m.fl. 2008). Ett tredje skäl var att dödshjälp går direkt emot vårdpersonalens principer att rädda liv (White m.fl. 2008). Det fanns också en oro hos vissa sjuksköterskor att beslut kan förhastas innan rätt diagnos,

prognos eller behandling fastställts (Kuuppelomäki 2000; White m.fl. 2008). Det fanns även sjuksköterskor som ansåg att ingen människa bör bestämma när en annan människa ska dö och likställde dödshjälp med mord (Kuuppelomäki 2000). En del sjuksköterskor hade en negativ attityd till dödshjälp då de hävdade att dödshjälp kan förhindra familjeförsoningar med sitt abrupta slut. De menade att patienten kunde gå miste om en upplevelse i livet samt att förlåtelse och avslut kunde gå förlorat. Dessa sjuksköterskor ansåg att befinna sig i livets slutskede kunde föra familjer samman (Harvath m.fl. 2006).

Osäkerhet i frågan om aktiv dödshjälp

Flera sjuksköterskor hade blandade attityder till aktiv dödshjälp. En del upplevde en konflikt mellan personliga- och professionella värderingar. De ville möta patientens dödshjälpsförfrågan men samtidigt stå för professionens värderingar (De Bal m.fl. 2006; Lowe Volker 2001). Trots att patienten avlider värdigt och fridfullt med dödshjälp menade flera sjuksköterskor att denna död är onaturlig (Denier m.fl. 2009). Innan legaliseringen upplevde flera sjuksköterskor en ambivalens när deras patienter önskade dödshjälp. De kände empati för patientens lidande och ville hjälpa, samtidigt kände de sig maktlösa i att inte kunna göra något eftersom det var olagligt (De Bal m.fl. 2006). Några sjuksköterskor uttryckte en rädsla för att dödshjälp kunde skapa klyftor och splittra familjer om de var oense i frågan. Detta ökade deras osäkerhet i frågan om dödshjälp (White m.fl. 2008).

DISKUSSION

Diskussionen är uppdelad i en metod-och resultatdiskussion. I metoddiskussion diskuterar författarna den valda metodens för-och nackdelar samt vad som hade kunnat göras annorlunda. Resultatdiskussion utgår från framträdande delar i resultatet i förhållande till bakgrund, syfte och författarnas egna reflektioner.

Metoddiskussion

Syftet med den här litteraturstudien var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter och attityder till dödshjälp. Studier med enbart kvalitativ design valdes då denna studiedesign syftar till studera helheter (Willman m.fl. 2016). Kvalitativa studier förutsätter dock att forskaren har reflekterat över och redovisat sin förförståelse för att inte göra feltolkningar eller påverka resultatet (Forsberg & Wengström 2016). I flera studier som användes i denna litteraturstudie redogjorde inte forskaren för sin förförståelse vilket kan ha betydelse för validiteten.

Databaser

Genom att använda minst två databaser menar Willman m.fl (2016) att risken minskar för att studier missas och publiceringsbias. Databaserna CINAHL och PubMed valdes eftersom de har ett brett utbud av forskning inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström 2016). Utbudet på studier som författarna kunde använda för att svara på syftet visade sig vara begränsat. Av de studier som ansågs relevanta för syftet var tio studier dubletter, och av dessa användes sex som underlag i resultatet. Med eftertanke skulle författarna valt att genomsöka fler databaser. Detta för att försäkra sig om att inte ha missat relevanta publicerade studier och för att stärka validiteten i denna litteraturstudie (Henricsson 2017). I ett försök att finna fler studier gjordes manuella sökningar utifrån valda studiers

referenslistor. Enligt Willman m.fl. (2016) kan manuella sökningar ha en fördel då det kan leda till ytterligare fynd, dock gjordes inga användbara fynd till resultatet.

Inklusions- och exklusionskriterier

Ett av inklusionskriterierna för denna litteraturstudie var att valda studier var skrivna på engelska. Eftersom engelska inte är författarnas modersmål fanns det en risk för feltolkning av data. För att minska risken för feltolkningar var detta något som fanns i åtanke under analysen. Ett kriterium var också att studierna skulle finnas i fulltext utan kostnad. Författarna tänker att detta bidrog med en svaghet till arbetet då flera studier uteslutits. Genom att använda *peer-reviewed* som ett inklusionskriterium säkerställdes att studierna blivit granskade av experter på ämnet (Willman m.fl. 2016). Utbudet av kvalitativa studier som gjorts i ämnet ur ett sjuksköterskeperspektiv var väldigt begränsat. Därför valde författarparet att ändra litteraturstudiens syfte efter första databassökningen. Från att tidigare endast inkludera studier från länder där aktiv dödshjälp är legaliserat till att inkludera alla länder. Detta medföljde även ändringen från att bara ha *erfarenheter* till att inkludera *attityder* till syftet. *Erfarenhet* beskrivs från Svenska akademiens ordböcker (2015) som kunskap och färdighet erhållet genom något som man varit med om. *Attityd* beskrivs från Svenska akademiens ordböcker (2009) som en inställning till en viss företeelse.

Kvalitetsgranskning

Alla elva studier som ingick i resultatet granskades av båda författarna utifrån en mall från SBU (2014). Eftersom författarna inte har någon tidigare erfarenhet av kvalitetsgranskning finns risk för feltolkning. Hade studierna granskats av andra hade de kanske bedömts annorlunda. En styrka är dock att granskningen gjordes av två författare på varsitt håll för att sedan diskuteras och ta ett gemensamt beslut (Willman m.fl. 2016).

Urval

En svaghet med litteraturstudien är faktumet att resultatet är överrepresenterat med studier från Belgien. Fem av de studier som använts är från Belgien, många författare återkommer samt data och studiedeltagare. Detta är svagheter som minskar rimlighet för en representativitet. Anledningen att studier med samma data valdes var för att dessa studier hade olika syften. Genom att inkludera dessa studier säkerställdes att ingen viktig data uteslutits. Två studier som användes i resultatet var gjorda i länder som inte har legaliserad dödshjälp, Finland och delstaten Queensland i Australien. Dessa valdes att inkluderas i resultatet för att de belyser sjuksköterskors attityder till dödshjälp. Vad som kan diskuteras är att majoriteten av studiedeltagarna var kvinnor vilket troligtvis beror på att sjuksköterskeyrket är kvinnodominerat. Det kan spekuleras om erfarenheterna och attityderna hade sett annorlunda ut om majoriteten var män. Komplexiteten rörande dödshjälp är universell för alla människor eftersom det handlar om liv och död, och genus har troligen inte någon större betydelse i detta fall.

Analys

En innehållsanalys utfördes på de elva studierna. Båda författarna bearbetade datan metodiskt för att inte missa viktiga aspekter. Detta gjordes först enskilt för att sedan diskuteras tillsammans vilket kan medföra en högre kvalitet för litteraturstudien. Om endast en av författarna genomfört analysen hade det funnits

risk att information förbisetts. Tillsammans kunde författarna identifiera teman och underteman som återkom i de olika studierna.

Överförbarhet

För att kunna generalisera arbetets resultat hade det behövts ett större utbud på studier och fler länder representerade. Sjuksköterskor från Belgien var överrepresenterade i resultatet vilket således skulle kunna anses representera vad sjuksköterskor, i Belgien eller länder med Beneluxmodellen, har för erfarenheter av aktiv dödshjälp.

Eftersom dödshjälp handlar om liv och död och berör människors etiska- och moraliska värderingar kan det dock vara möjligt att resultatet även kan generaliserats till andra länder. De moraliska konflikter som sjukvårdspersonal upplever gällande aktiv dödshjälp är en fråga om medmänsklighet. De länder som ingått i denna litteraturstudie liknar på många sett Sverige både kulturellt och politiskt, därför kan resultatet även tänkas vara överförbart på svenska sjuksköterskor och andra liknande västerländska länder.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna utövade en personcentrerad vård bland annat genom att försöka uppfylla patienternas önskemål innan utförandet av dödshjälp (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010; van de Scheur & van der Arend 1998). Sjukvården behöver arbeta personcentrerat för en god och säker vård. Det innebär att se patient och anhöriga som unika individer där alla har individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Samverkan och kommunikation

Kommunikation och samarbete är en förutsättning för personcentrerad vård (McCance & McCormack 2019). Resultatet visade att kommunikation i teamet, både mellan professionerna och med patient och anhöriga, var avgörande för hur sjuksköterskorna upplevde dödshjälpsprocessen (De Bal m.fl. 2006; Denier m.fl. 2009; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010; van de Scheur & van der Arend 1998). En förutsättning för ett bra teamarbete är att kommunikationen mellan de olika professionernas sker på ett lyhört, respektfullt och empatiskt sätt (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Kommunikationen kan definieras som ett ömsesidigt utbyte där det är viktigt att de båda parterna förstår varandra för ett effektivt möte (Fossum 2019). Det framgick i resultatet att flera sjuksköterskor ibland hade svårt att förstå patienternas orsak till förfrågan om dödshjälp (De Bal m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998). De menade därför att det var viktigt att i mötet med patienten lyssna aktivt och vara öppen för bättre förståelse (De Bal m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). Flera sjuksköterskor upplevde även en maktlöshet när tiden inte räckte till för att ge stöd till patient och anhöriga vid dödshjälp (De Bal m.fl. 2006; Denier m.fl. 2009). Det kan också vara en anledning till bristfälligt samarbete i vårdteamet och att de ibland hade svårt att förstå patienten. Fossum (2019) beskriver att patienter ibland inte vågar eller känner att de får tid att dela med sig av tankar och frågor när det finns stress i vårdteamet. I detta sammanhang kan det betyda att patienters förfrågan om dödshjälp inte blir hörda eller mottas med den respekt och omvårdnad som krävs.

Det framgick att många sjuksköterskor hade ett behov av stöd och reflektion i teamet vilket även beskrevs som en förutsättning för att hantera dödshjälpsprocessen (Denier m.fl. 2010; Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). I teamet kunde de diskutera svårigheter och utmaningar de upplevde (Denier m.fl. 2009; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010). Genom stöd och reflektion menar omvårdnadsteoretikern Travelbee (1971) att teamet kan utvecklas och bli mer förberedda på kommande svåra situationer.

Delaktighet i teamet

Det framgick i resultatet av denna studie att sjuksköterskor ibland var missnöjda med dödshjälpsprocessen om läkaren tagit ett beslut som avvek från patientens önskan och/eller sjuksköterskans åsikt (Denier m.fl. 2009; van de Scheur & van der Arend 1998). En förutsättning för en god och säker vård betonar Sharp (2012) är att teamet arbetar för ett gemensamt mål. Om en medarbetare i teamet utesluter andra och arbetar självständigt påverkar det hela teamet negativt (a.a.). Sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att de fick vara delaktiga i beslutsprocessen vid dödshjälp, dels på grund av den nära relationen de hade med patienten och dels för att framföra patientens talan i diskussionen (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998). Detta stämmer väl överens med det omvårdnadsansvaret som åligger sjuksköterskan vilket ofta består i att ha en nära kontakt med patient och anhöriga (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Moralisk konflikt

Det framgick i resultatet att sjuksköterskorna hade svårt att ta ställning i frågan om dödshjälp (De Bal m.fl. 2006; Denier m.fl. 2009; Lowe Volker 2001). De upplevde en inre konflikt mellan personliga värderingar och professionellt ansvar. Sjuksköterskorna ville inte se patienter lida men ville samtidigt inte vara ansvariga att avsluta deras liv (De Bal m.fl. 2006; Lowe Volker 2001). Utifrån detta kan en konflikt uppstå genom att både vilja följa ICN:s etiska kod (2012) genom att lindra lidande med eutanasi men samtidigt följa inte skada-principen och inte avsluta en människas liv.

Autonomi

Att arbeta personcentrerat innefattar också att respektera patientens självbestämmande. Resultatet visar att många sjuksköterskor tyckte att det var viktigt med patientens rätt att bestämma vilket även innefattar rätten att välja dödshjälp (Harvath m.fl. 2006; Kuuppelomäki 2000; White m.fl. 2008), vilket är ett vanligt argument i debatten kring dödshjälp (Statens medicinsk-etiska råd 2017). Trots viljan att respektera patientens självbestämmande så visar resultatet att flera sjuksköterskor inte ville vara delaktiga i dödshjälpsprocessen, då de upplevde en känsla av skuld av att vara ansvarig för patientens död (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; van de Scheur & van der Arend 1998).

Sjuksköterskor har plikter i sin yrkesutövning och ska respektera patientens självbestämmande vilket i Sverige regleras bland annat genom Hälso- sjukvårdslagen, 2017:30 (HSL). Resultatet visade däremot att vissa sjuksköterskor anser att sjuksköterskor ska ha möjlighet att avstå delaktighet vid dödshjälp (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). Flera sjuksköterskor är för dödshjälp men inte alla är beredda på att delta utan vill ha rätt till eget självbestämmande. Sjukvårdspersonal kan inte välja vilken vård de vill delta i med undantag för exempelvis samvetsfrihet som finns i bland annat Norge där barnmorskor har rätt

att avstå från att utföra abort. Det går inte enligt författarna att likställa dödshjälp med abortfrågan, dock är det båda etiska frågeställningar där patientens autonoma prioriteras men där sjuksköterskor ställs inför etiska dilemman mellan plikt och personliga värderingar.

Flera patienter använder också ofta autonomi som ett argument för dödshjälp (Karlsson m.fl. 2011; Wilson m.fl. 2000). Vissa patienter såg dock en problematik med detta. En studie från Sverige visade att vissa cancerpatienter såg risker som manipulerade beslut med rätten att välja dödshjälp, till exempel påtryckningar från vård eller anhöriga (Karlsson m.fl. 2011). Det fanns även de som misstrorde vården och menade att dödshjälp skulle kunna utnyttjas för vinning i samhället genom att minska sjukvårdskostnader (a.a.). På ett liknande sätt visade resultatet att vissa sjuksköterskor känner en oro att patienter kan välja dödshjälp för att inte belasta familj och samhället (White m.fl. 2008).

Lidande

De allra flesta patienter som väljer att avsluta sina liv med aktiv dödshjälp är terminalt sjuka och behandlas med palliativ vård (Statens medicinsk-etiska råd 2017). Den personcentrerade vården i livets slutskede har målet att upprätthålla livskvalitet genom att försöka lindra patientens lidande (Socialstyrelsen 2016). Enligt Eriksson (1994) är lidandet en naturlig del av livet som är unikt för varje individ och inte går att mäta eller bedöma objektivt. Det framgick i resultatet att flera sjuksköterskor såg svårigheter med att mäta en annan människas lidande. Lidandet kunde till exempel uttrycka sig som existentiell ångest som inte gick att lindra med läkemedel (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Harvath m.fl. 2006; Kennedy Schwarz 2003). Detta är ett lidande som Eriksson (1994) benämner livslidande och som fyller människans hela existens. Däremot menade flera sjuksköterskor från palliativ enhet att många dödshjälpsförfrågningar går att undvika med andra alternativ (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006). I resultatet framkom även att flera sjuksköterskor blev extra måna om att informera patienten om andra palliativa alternativ när dödshjälp blivit lagligt i hopp om att kringgå aktiv dödshjälp (Dierckx de Casterlé m.fl. 2006; Harvath m.fl. 2006; Kennedy Schwarz 2003). Detta går emot det argument mot dödshjälp som Tännsjö (2009) belyser; att den palliativa vården skulle stanna i utveckling vid en legalisering. Det kan därför antas att den palliativa vården istället skulle kunna utvecklas med införandet av dödshjälp.

Olika modeller

En viktig iakttagelse i studierna var att även om det fanns olika modeller för dödshjälp, t.ex. Benelux-och Oregonmodellen, så framkom liknande erfarenheter hos sjuksköterskor. När det fanns en osäkerhet ville sjuksköterskorna ta reda på vad förfrågan grundade sig i (De Bal m.fl. 2006; Kennedy Schwarz 2003; Lowe Volker 2001; van de Scheur & van der Arend 1998). Oavsett modell ville även många sjuksköterskor pröva andra palliativa åtgärder i hopp om att undvika dödshjälp (Denier m.fl. 2010; Dierckx de Casterlé m.fl. 2010; Harvath m.fl. 2006). Dessutom menade sjuksköterskor både från Belgien och USA att det blev lättare att diskutera patienters tankar och rädslor vid livets slut efter legalisering av dödshjälp (Denier m.fl. 2009; Harvath m.fl. 2006).

Det gick däremot att se en skillnad på sjuksköterskors upplevelser av eutanasi och assisterad död. Sjuksköterskor upplevde det svårt att prata med anhöriga efter assisterad död (Harvath m.fl. 2006) medan sjuksköterskor efter eutanasi ofta hade

en god kontakt med familjen efteråt (Dierckx de Casterlé m.fl. 2010; van de Scheur & van der Arend 1998). Sjuksköterskorna trodde det berodde på att assisterad död kunde likställas med självmord som ofta är stigmatiserat (Harvath m.fl. 2006). Författarna anser att det kan beror på konflikter inom familjen då inte alla anhöriga respekterar beslutet att avsluta sitt liv med dödshjälp.

KONKLUSION

Aktiv dödshjälp är komplext och väcker många känslor. Oavsett om dödshjälp är legaliserat eller inte upplever sjuksköterskor utmaningar som moraliska dilemman när en patient önskar dödshjälp. Denna litteraturstudie visar att genom personcentrerad vård, tvärprofessionellt samarbete och god kommunikation kan dessa svårigheter underlättas. I vårdteamet kan de finna stöd hos varandra.

För ett gott samarbete krävs en lyhörd, respektfull och öppen kommunikation. I mötet med patient och anhöriga är det särskilt viktigt att lyssna aktivt för att utöva en personcentrerad vård. Då sjuksköterskor ofta har en nära relation med sina patienter tycker många att det är viktigt att de får vara delaktiga i processen kring dödshjälp trots att läkaren bär huvudansvaret. Sjuksköterskan som ansvarar för omvårdnaden för patient och anhöriga försöker se till alla behov; fysiska, psykiska, andliga och existentiella. Stöd till anhöriga är minst lika viktigt som stödet till patienten och fortsätter även efter att patienten avlidit.

Komplexiteten med aktiv dödshjälp gör att debatten är delad och en osäkerhet i frågan är vanlig vilket resultatet visar. Sjuksköterskor som förespråkade dödshjälp argumenterade bland annat för patientens rätt till självbestämmande och att dödshjälp skulle vara ett mer humant alternativ för att förkorta onödigt lidande. Motståndarna menade att dödshjälp går emot vårdens principer och att ingen har rätt att bestämma när en annan människa ska dö. En del sjuksköterskor och såg risker att patienter kan tvingas välja dödshjälp för att inte vara en börda för familj eller samhället.

Det finns en rädsla att den palliativa vården ska sluta utvecklas med införandet av dödshjälp men denna litteraturstudies resultat antyder det motsatta. Sjuksköterskor var mer angelägna efter legalisering att hjälpa sina patienter med andra palliativa behandlingsalternativ för att undvika dödshjälp. Oavsett om dödshjälp är lagligt eller inte så kommer sjuksköterskor alltid möta patienter i livets slutskede vilket ställer dem inför etiska dilemman.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Förhoppningen med denna litteraturstudie är att den kan bidra till en ökad förståelse i hur sjuksköterskor upplever processen kring dödshjälp samt vad som är viktigt för att lättare hantera processen. Kommunikation och teamwork är viktigt inom all vård vilket också visade sig vara det som sjuksköterskor ansåg vara mest betydande under dödshjälpsprocessen eller vid en förfrågan om

dödshjälp. I teamet kan vårdpersonal finna stöd med förutsättningen att kommunikationen är öppen och icke-dömande. Det är viktigt att sjuksköterskor får vara delaktiga i processen då de har en nära relation till patienten. Däremot är det läkaren som tar det slutgiltiga beslutet och skriver ut eller administrerar det dödliga läkemedlet. Sjuksköterskor har olika attityder till dödshjälp men alla arbetar gemensamt för att främja hälsa och lindra lidande. En moralisk konflikt kan uppstå mellan olika etiska principer och personliga värderingar. Den här litteraturstudien bidrar till att konstatera komplexiteten med dödshjälp men också hur dessa utmaningar kan motarbetas.

Omvårdnaden pågår konstant fram till patientens död vilket gör det viktigt att lyfta fram sjuksköterskors erfarenheter och attityder i debatten om dödshjälp. Oberoende om Sverige lagstiftar dödshjälp eller inte kommer svenska sjuksköterskor att möta lidande patienter som önskar dödshjälp. Som blivande sjuksköterskor anser författarna att vidare forskning behövs för att kunna hantera möten med patienter som önskar dödshjälp. Författarna ser ett behov för vidare forskning i hanteringen av etiska dilemman som uppkommer i vård av patienter i livets slutskede. Författarna anser att en sådan forskning kan bidra till sjuksköterskeutbildningen för att stärka blivande sjuksköterskor.

REFERENSER

Referenser markerade med * ingår i litteraturstudiens resultat.

Anquinet L, Raus K, Sterckx S, Smets T, Deliens L, Rietjens J AC, (2012) Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: A focus group study. *Palliative Medicine*, 27(6), 553-561.

* De Bal N, Dierckx de Casterlé B, De Beer T, Gastman C, (2006) Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 589-599.

* Denier Y, Dierckx de Casterlé B, De Bal N, Gastman C, (2009), "It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia. *Med Health Care and Philos*, 13, 41-48.

* Denier Y, Gastman C, De Bal N, Dierckx de Casterlé B, (2010) Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3372-3380.

* Dierckx de Casterlé B, Denier Y, De Bal N, Gastman C, (2010) Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (11), 2410-2420.

* Dierckx de Casterlé B, Verpoort C, De Bal N, Gastman C, (2006) Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *J Med Ethics*, 32, 187-192.

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

Forsberg C, Wengström Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm, Natur & kultur.

Fossum B, (2019) *Kommunikation och bemötande I*: Fossum B, (Red.) *Kommunikation Samtal och bemötande i vården* (3:e upplagan). Lund, studentlitteratur AB.

* Harvath T A, Miller L L, Smith K A, Clark L D, Jackson A, Ganzini L, (2006) Dilemmas encountered by hospice workers when patients wish to hasten death. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4, 200-209.

Henricson M, Billhult A (2017) *Kvalitativ metod*. I: Henricson M, (Red) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a upplagan). Lund, Studentlitteratur AB.

Hälso-och sjukvårdslagen, 2017:30.

International Council of Nurses (ICN),(2012) *The ICN code of ethics for nurses.*>swenurse.se< PDF (2019-12-17)

Karlsson M, Millberg A, Strang P, (2011) Dying cancer patients' own opinions on euthanasia: An expression of autonomy? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 26, 34-42.

* Kennedy Schwarz J, (2003) Understanding and responding to patients' requests for assistance in dying. *Journal of Nursing Scholarship*, 35:4, 377-384.

KIT/Novus, (2017) *Sex av tio vill legalisera dödshjälp- Varför är politikerna så tysta.* ><https://kit.se>< (2020-01-10)

Kjellström S (2017) *Forskningsetik. I: Henricson M, (Red.) Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2:a upplagan).* Lund, Studentlitteratur AB.

* Kuuppelomäki M, (2000) Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care*, 9, 16-21.

*Lowe Volker D, (2001) Perspectives on assisted dying - Oncology nurses' experiences with requests for assisted dying from terminally ill patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 39- 49.

McCance T, McCormack B, (2019) *Personcentrerad omvårdnad. I: Leksell J, Lepp M, (Red.) Sjuksköterskans kärnkompetenser (2:a upplagan).* Stockholm, Liber AB.

Patientlag, 2014:82.

Polit D, Beck C, (2014) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice.* Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Raus K, Brown J, Seale C, Rietjens J AC, Janssens R, Bruinsma S, Mortier F, Payne S, Sterckx, (2014) Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium. *BMC Medical Ethics*, 15:14, 1-10.

Rosén M (2017) *Systematisk litteraturöversikt. I: Henricson M, (Red.) Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2:a upplagan).* Lund, Studentlitteratur AB.

Rys S, Deschepper R, Mortier F, Deliens L, Bilsen J, (2015) Bridging the gap between continuous sedation until death and physician-assisted death: A focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 32(4), 407-416.

Sharp L, (2012) *Effektiv kommunikation för säkrare vård.* Lund, Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen,(2016) *Individens behov i centrum.*><https://www.socialstyrelsen.se>< PDF (2020-01-17)

- Socialstyrelsen, (2013) *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. ><https://www.socialstyrelsen.se>< PDF (2020-01-15)
- Socialstyrelsen,(2019) *Statistik om dödsorsaker 2018*.><https://www.socialstyrelsen.se>< PDF(2020-01-16)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), (2014) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser*. > <https://www.sbu.se>< PDF (2019-10-29)
- Statens medicinsk-etiska råd, (2017) *Dödshjälp En Kunskapssammanställning*. ><http://www.smer.se>< PDF (2019-10-25)
- Svenska Akademin (2009) *Attityd*. >www.svenska.se/tre< (2019-12-10)
- Svenska Akademin (2015) *Erfarenhet*. >www.svenska.se/tre< (2019-12-10)
- Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* >www.swenurse.se< PDF (2019-12-17)
- Terkamo-Moisio A, Gastmans C, Rynänen O-P, Pietilä A-M, (2019) Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process. *Nursing Ethics*, 26(3), 700-714.
- Travelbee J, (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia, Davis.
- Tännsjö T, (2009) *Döden är förhandlingsbar*. Stockholm, Liber AB.
- * Van de Sheur A, Van der Arend A, (1998) The role of nurses in euthanasia: A Dutch study. *Nursing Ethics*, 6, 475-476.
- Vetenskapsrådet, (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. > <http://www.codex.vr.se> < PDF (2019-10-30)
- Victoria State Government, (2019) *Voluntary Assisted Dying*. >www2.health.vic.gov.au< (2019-11-20)
- *White K M, Wise S E, Young R, Hyde M K, (2008) Exploring the beliefs underlying attitudes to active voluntary euthanasia in a sample of Australian medical practitioners and nurses: a qualitative analysis. *Omega*, 58, 19-39.
- Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Wilson K G, Scott J F, Graham I D, (2000) Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med*, 160(16), 2454-2460.

BILAGA 1

Bilaga 1. Databassökning i CINAHL

Databas/Datum CINAHL, 2019-10-14	Sökord	Träffar	Lästa abstrakt	Granskade	Används till resultat
Begränsningar: Peer reviewed, English					
SÖKBLOCK:					
8. Sjuksköterskors erfarenheter/ attityder OCH Dödshjälp OCH Kvalitativa studier	7 AND 2 AND 1	105	26	12	10
7. Sjuksköterskors attityder/ erfarenheter OR ((sjuksköterskor AND attityder/erfarenheter))	6 OR 5	192971			
6. Sjuksköterskors attityder/ erfarenheter	"nurses attitude" OR "nurse attitudes" OR "nurses attitude" OR "nurse attitude" OR "nurses experience" OR "nurse experience" OR "nurses opinion" OR "nurses opinions" OR "nurse opinion" OR "nurses opinions" OR "nurses perceptions" OR "nurses perception" OR "nurse perception" OR "nurse perceptions" OR "nurses views" OR "nurses view" OR "nurse view" OR "nurse views" OR "nurses beliefs" OR "nurses belief" OR "nurse belief" OR "nurse beliefs" OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Attitude of Health Personnel")	69551			

5. Sjuksköterskor OCH attityder/ erfarenheter	Attitude* OR perception* OR perspective* OR experience* OR opinion* OR belief* OR view*) OR (MH "Attitude") OR (MH "Attitude of Health Personnel") AND (((Nurse* OR nursing)) OR " MH "Practical Nurses")	163444			
4. Sjuksköterskor	Nurse* OR nursing OR (MH "Practical Nurses")	789781			
3. Attityder/ erfarenheter	Attitude* OR perception* OR perspective* OR experience* OR opinion* OR belief* OR view* OR (MH "Attitude") OR (MH "Attitude of Health Personnel")	871017			
2. Dödshjälp	Euthanasia OR "active euthanasia" OR "assisted suicide" OR "assisted death" OR (MH "Euthanasia") OR (MH "Suicide, Assisted")	10337			
1. Kvalitativa studier	"qualitative study" OR "qualitative studies" OR "qualitative research" OR "qualitative researches" OR "qualitative method" OR "qualitative methods" OR(MH	115283			

	"Qualitative Studies")				
--	------------------------	--	--	--	--

Databassökning i PubMed.

Databas/Datum PubMed, 2019-10-14	Sökord	Träffar	Lästa abstrakt	Granskade	Används till resultat
Inga begränsningar SÖKBLOCK:					
8. Sjuksköterskors erfarenheter/attityder OCH Dödshjälp OCH Kvalitativa studier	7 AND 2 AND 1	96	21	7	7
7. Sjuksköterskors attityder/erfarenheter OR ((sjuksköterskor AND attityder/erfarenheter))	6 OR 5	253491			
6. Sjuksköterskors attityder/erfarenheter	"nurses attitude" OR "nurse attitudes" OR "nurses attitude" OR "nurse attitude" OR "nurses experience" OR "nurse experience" OR "nurses opinion" OR "nurses opinions" OR "nurse opinion" OR "nurses opinions" OR "nurses perceptions" OR "nurses perception" OR "nurse perception" OR "nurse perceptions" OR "nurses views" OR "nurses view" OR "nurse view" OR "nurse views" OR "nurses beliefs" OR "nurses belief" OR "nurse belief" OR "nurse beliefs"	24860			

5. Sjuksköterskor OCH attityder/erfarenheter	Attitude* OR perception* OR perspective* OR experience* OR opinion* OR belief* OR view*) OR ("Attitude"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh])) AND (((Nurse* OR nursing)) OR "Nurses"[Mesh])	247451			
4. Sjuksköterskor	Nurse* OR nursing OR "Nurses"[Mesh]	891836			
3. Attityder/erfarenheter	Attitude* OR perception* OR perspective* OR experience* OR opinion* OR belief* OR view* OR ("Attitude"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh])				
2. Dödshjälp	Euthanasia OR "active euthanasia" OR "assisted suicide" OR "assisted death" OR ("Euthanasia"[Mesh] OR "Euthanasia, Active, Voluntary"[Mesh] OR "Euthanasia, Active"[Mesh])	29660			
1. Kvalitativa studier	"qualitative study" OR "qualitative studies" OR "qualitative research" OR "qualitative researches" OR "qualitative method" OR "qualitative methods" OR "Qualitative Research"[Mesh]	87388			

BILAGA 2

Bilaga 2.Artikelmatris.

Author, country, year	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
<p>De Bal N, Dierckx de Casterlé B, De Beer T, Gastmans C</p> <p>Flanders, Belgium 2006</p> <p>International journal of nursing studies</p>	<p>Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study</p>	<p>The aim was to explore how nurses experience their involvement in the care of patients requesting euthanasia in Flanders (when it was still illegal).</p>	<p>Data collected 2001-2002</p> <p>A qualitative research One-on-one semi-structured interviews</p> <p>Grounded theory</p>	<p>15 nurses, from two different hospitals. 10 women and 5 male nurses. The sample included one intensive care nurse, one oncology nurse, eight palliative care nurses and five internal medicine nurses. Age from 24 to 49 years.</p>	<p>Most of the nurses stated they had an important role in caring for patients requesting euthanasia, although it was still illegal at the time the interviews were held. The nurses experienced a spectrum of emotions and a sense of powerlessness. Besides powerlessness all of the nurses experienced anxiety and some felt a moral conflict when patients requested euthanasia.</p>	<p>High</p>

Author, country, year Journal	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
Denier Y, Gastmans C, De Bal N, Dierckx de Casterlé B Belgien, Flanders 2010 Journal clinical nurses	Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study	The aim of the study was to explore communication during the euthanasia care process, as seen from the nurse's perspective. Now after legalization	Data collected 2005-2006. In-depth semi-structured interviews.	18 nurses from nine different hospitals. 13 women and 5 male nurses. Age from 26 to 54 years. working i different units (Palliative, Geriatrics, Oncology and Hematology-internal). The participants had a variety of religious beliefs.	Communication is the key instrument in caring for patients requesting euthanasia. The nurses experience the care process as complex and dynamic.	High

Author, country, year	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
Denier Y, Dierckx de Casterle B, De Bal N, Gastmans C. Belgien, Flanders 2010 Med Health Care and Philos	"It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia	The aim of the study was to explore nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia after legalization.	Data collected 2005-2006. In-depth semi-structured interviews	18 nurses from nine different hospitals. 13 women and 5 male nurses. Age from 26 to 54 years. working in different units (Palliative, Geriatrics, Oncology and Hematology-internal). The participants had a variety of religious beliefs.	"Intense" is the dominant feeling experienced by nurses. The process was described as difficult both emotional and practical. They experienced a feeling of ambivalence. Nurses describe euthanasia as something they never get used to.	High

Author, country, year	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
<p>Dierckx de Casterlé B, Denier Y, De Bal N, Gastmans C.</p> <p>Belgien, Flanders, 2010</p> <p>Journal of advanced nursing</p>	<p>Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium.</p>	<p>The aim was to explore nurses involvement in the care process for terminally ill patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium after legalization.</p>	<p>Qualitative study with in-depth interviews with open-ended questions</p> <p>Grounded theory</p> <p>Data collected 2005-2006</p>	<p>18 nurses from nine different hospitals, 13 women and 5 male, with a age-range between 26 and 54 years, working in different units (Palliative, Geriatrics, Oncology and Hematology-internal). The participants had a variety of religious beliefs.</p>	<p>Nurses are responsible and contribute to good euthanasia care process. The major themes in nurses involvement were explained in seven stages: 1: the period preceding the request, 2: confrontation with the request, 3: decision-making stage, 4: preceding the euthanasia moment, 5: carrying out the euthanasia, 6: the stage of immediate aftercare and 7: the period of later aftercare.</p>	<p>High</p>

Author, country, year	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
Journal Dierckx de Casterle B, Verpoort C, De Bal N, Gastmans C Belgien, Flanders 2006 J Med Ethics	Nurses views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders, Belgium.	The aim was to explore the views of palliative care nurses on their involvement in the entire euthanasia process	Data collected 2001-2002. Qualitative study with one-on-one semi structured interviews. Open-ended questions and an interview guide was used. Grounded theory approach.	12 nurses working in palliative setting. Five palliative care unit nurses, four palliative home care team nurses and three palliative support team nurses. All but one were women. Age between 29 to 53 years old, with different religious beliefs.	The Palliative care nurses believed they had an important role in the process. They saw their role during the administration of the lethal drug as supportive for the patients and their families. The nurses were willing to set aside their own personal convictions in order to meet the patients needs.	High

Author, country, year	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
<p>Harvath T A, Miller L, Smith K A, Clarsk L D, Jackson A, Ganzini L</p> <p>USA, Oreagon 2006</p> <p>Journal of Hospice and Palliatve Nursing</p>	<p>Dilemmas encountered by hospice workers when patients wish to hasten death</p>	<p>The purpose was to describe hospice nurses and social workers experiences with physician-assisted suicide(PAS) and voluntary refusal of food and fluids(VRFF)</p>	<p>Mixed method. Both survey and open-ended face to-face interviews. Semi structured interview guide was used.</p> <p>Data were analyzed using a interactive process to identify themes</p>	<p>In total 20 hospice nurses and social workers with 33 different stories of cases with patients who wanted to hasten death with PAS or VRFF. Participants who have had a patient who died from lethal prescription: 4 social workers and 13 registered nurses. All participants worked in hospice care.</p>	<p>The participants experienced different dilemmas caring for patients wanting to hasten death. They felt an increased sense of responsibility and legal and professional issues were found.</p>	<p>High</p>

Author, country, year Journal	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
Kuppelomäki M Finland 2000 European journal of cancer care	Attitudes of cancer patient, their family members and health professionals toward active euthanasia	The aim of this study was to describe what kind of attitudes patients with incurable cancer, their family members and the nursing and medical staff have toward active euthanasia	Qualitative study, semi-structured interviews	32 patients, 13 family members, 13 physicians and 13 nurses. Two central hospitals and four health centers in Finland. Average age of the nurses 37,5 years, 12 were women and one male nurse.	The themes of the positive attitudes was mainly; the hopelessness of the situation, pain and suffering and the patients right to decide. The negative attitudes were for example; people should not decide when it is time to die, abuse, the uncertainty of the situation and the effectiveness of palliative care and how the euthanasia will affect the doctors.	Medium

Author, country, year	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
Kennedy Schwarz J New york, USA 2003 Journal of Nursing Scholarship	Understanding and responing to patients Request for assistance in dying	The purpose was to explore how nurses experiecne and respond to patients requests for assistance in dying(AID).	A phenomenologica l study Interviews lasted for about 2 hours.	10 self-selected nurses. 4 worked in hospice home care, 3were experts in care of people with AIDS, 2 worked in critical care and 1 cared for patients with spinal cord injuries. 8 women and 2 male nurses. 8 worked in clinical settings on the east coast and 2 worked on the west coast of the United States.	Four major themes were found; being open to hear and hearing, interpreting and responding to the meaning, responding to persistent requests for AID, and reflections. Many nurses struggled to find a morally and legally acceptable way to help patients who persisted in requesting AID.	Medium

Author, country, year Journal	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
<p>Lowie Volker D</p> <p>USA,2001</p> <p>Oncology Nursing Forum</p>	<p>Perspectives on Assisted Dying- Oncology Nurses experiences with request for assisted dying from terminally ill patients with cancer</p>	<p>The purpose of this study was to explore oncology nurses experiences with receiving requests from terminally ill patients with cancer for assisted dying</p>	<p>Anonymously submitted written stories analyzed using Denzin's process of interpretive interactionism.</p>	<p>Participants were recruited randomized. 40 oncology nurses. 39 women, 1 male. Age 24-65. Mixed religious beliefs</p>	<p>Four main themes and eleven subthemes were found. The main themes were Control, Conflict, Covert communication and The Enduring Influence.</p>	<p>Medium</p>

Author, country, year Journal	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
M.White K, E.Wise S, McD Young R , K.Hyde M Brisbane Australia 2008 Omega Sage Journal	Exploring the beliefs underlying attitudes to active voluntary euthanasia in a sample of Australian medical practioners and nurses: qualitative analysis	The aim of this study was to explore the beliefs about active voluntary euthanasia (AVE) of medical practitioners and nurses in Australia, where its not currently legal.	Qualitative study Semi-structed Interviews Snowball sampling	9 nurses and 9 medical practioners, from two different health care districts in Australia Nurses (1 male and 8 female) age between 30 and 54. Worked in varying divisions Oncolgy (n=4), Gynecology (n=2), Neonatal/Maternity (n=1), Drug and alcohol services (n=1) Mixed religous beliefs.	Overall, the results of this study indicate that nurses appeared to consider more advantages across AVE behaviors that focused primarily on the idea of relief from suffering not only for patients and their families but also for themselves and other health professionals. In contrast, doctors focused on disadvantages of conflict associated with performance of AVE.	Medium

Author, country, year	Title	Aim	Method	Participants	Findings	Quality
Journal Van de Sheur A, Van der Arend A Netherlands 1998 Nursing Ethics	The role of nurses in Euthanasia: A Dutch study	The aim was to describe the role of nurses in euthanasia.	Qualitative study with semi-structured in-depth interviews	20 nurses from one Dutch hospital.	In general, nurses were satisfied with their role in euthanasia, they felt themselves to be taken seriously and had been listened to in what they had to say in the decision making process. Many nurses experienced their involvement as demanding. In the aftercare nurses usually experienced their contact with relatives as positive. Nurses with conscientious objections to euthanasia found it difficult to care for these patients.	Medium