



## EXAMENSARBETE

Våren 2011

Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Sjuksköterskeprogrammet, OM8314  
Fördjupningsarbete i omvårdnad, 15 hp

# Sjuksköterskans upplevelse kring aktiv dödshjälp i länder där det numera är tillåtet

- En litteraturstudie

**Författare**

Pernilla Arcombe

**Handledare**

Birgitta Johansson

**Examinator**

Pernilla Ny

# Sjuksköterskans upplevelser kring aktiv dödshjälp i länder där det numera är tillåtet

## En litteraturstudie

Författare: Pernilla Arcombe

Handledare: Birgitta Johansson

Litteraturstudie

2011-06-08

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Aktiv dödshjälp är idag ett aktuellt ämne. Som sjuksköterska kommer hon ett flertal gånger i sin yrkeskarriär möta döende patienter som önskar aktiv dödshjälp. Sjuksköterskans huvuduppgift är att förebygga sjukdom, främja hälsa, återupprätta hälsa och lindra lidande. **Syfte:** Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse kring aktiv dödshjälp i länder där det numera är tillåtet så som i Nederländerna och Belgien. **Metod:** Arbetet är uppbyggt som en litteraturstudie där ett systematiskt urval av tio vetenskapliga artiklar valts ut från databaserna Cinahl, PubMed och PsyINFO . Dessa blev sedan kvalitetsgranskade, analyserade och presenterade i tre kategorier. **Resultat:** Tre kategorier framkom i artiklarnas resultat som sedan blev denna studies resultat. Sjuksköterskornas upplevelse kring aktiv dödshjälp var något individuellt och aldrig detsamma som tidigare. Upplevelsen varierade beroende på vilken patient samt vilken situation som man befann sig i. Medan sjuksköterskan upplevde konflikt med sina moraliska värderingar och lagar kring aktiv dödshjälp ville hon samtidigt göra ett bra jobb genom att se så patienten fick en så bra och värdig död som möjligt. Vissa sjuksköterskor upplevde att mötet med patientens närstående inte alltid var så lätt dock ansåg de att det var deras skyldighet att ta hand om dem. **Slutsats:** Genom att sjuksköterskan lägger sina personliga åsikter till sidan skapar detta en trygghet i hennes yrkesprofession. Bra relationer mellan parterna skapas med öppen kommunikation. Om diskussioner för ämnet om döden och dödsprocessen startar redan på sjuksköterskeutbildningen kan detta göra att kunskapen och förståelsen ökar.

Nyckelord: Sjuksköterska, upplevelse, aktiv dödshjälp, eutanasi, etik, moral, lag, Nederländerna, Belgien

# The nurse's experiences around active death help in countries where it's now allowed

## A literature study

Author: Pernilla Arcombe

Supervisor: Birgitta Johansson

Literature review

2011-06-08

### Abstract

**Background:** Active death help is today a current matter. As a nurse, she will, in her career meet dying patients who want active death help. The nurse's main task is to prevent disease, promote health, restore health and alleviate suffering. **Aim:** The aim was to elucidate the nurse's experience around active euthanasia in countries where it is now allowed, as in the Netherlands and Belgium. **Method:** The work is structured as a literature study, which a systematic selection of ten scientific articles selected from the databases Cinahl, PubMed and PsykINFO. These were analyzed and presented in three categories. **Results:** Three categories emerged from the articles' results that became this study's results. The nurses' experience from active euthanasia was an individual experience. The experience varied depending on the patient and the situation. While the nurses experienced conflict with their moral values and laws around active euthanasia, she wanted to at the same time do a good job by ensuring that the patient experienced a good and dignified death as possible. Some nurses felt that the meeting with the patient's relative was not always so easy; however, they felt that it was their duty to take care of them. **Conclusion:** When the nurse put her personal views to the side, it creates a sense of security in her profession. A good relationship between the two parts is created by open communication. If discussions about the current matter of death and the death process start already in the nurse education, this can cause the knowledge and understanding increases.

Keywords: Nurse, experience, active death help, euthanasia, ethics, morals, law, Netherlands, Belgium

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
Definitioner .....	6
Etiska principer och lagen.....	7
Teoriram .....	9
<b>SYFTE</b> .....	<b>10</b>
<b>METOD</b> .....	<b>10</b>
Design .....	10
Urval och datainsamling .....	10
Genomförande och analys.....	11
Förförståelse.....	12
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Sjuksköterskans omvårdnadshandling då patienten önskar aktiv dödshjälp ...	14
Sjuksköterskans möte med närstående då patienten önskar aktiv dödshjälp ..	16
Sjuksköterskans behov av debriefing vid aktiv dödshjälp .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion.....	20
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>22</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>23</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Frågeformulär för kvalitativa artiklar

Bilaga 4 Frågeformulär för kvantitativa artiklar

## **INLEDNING**

I sjuksköterskans vardag ingår dagligen nya upplevelser där både liv och död ingår. Sjuksköterskan möter regelbundet patienter med obotliga sjukdomar där dennes liv kan upplevas som en kamp av smärta, oro och ångest. Rädsla är oftast också inblandat, inte enbart för att dö utan för att det ska göra ont (Fürst, 2009). Det finns patienter som upplever att livet inte är värt att leva då kroppsliga och mentala funktioner inte fungerar som de ska (Brattgård, 1994).

I en enkätundersökning som gjordes år 2007 på uppdrag av Svenska Läkaresällskapet valdes 1200 personer slumpmässigt ut för att svara på frågan hur de ställde sig till läkarassisterad suicid. Det visade sig att så många som 73 % var för läkarassisterad suicid, 12 % emot och 15 % var tveksamma när det gällde frågan. Om de som svarade på enkäten var sjuka eller friska personer framkom ej (Tännsjö, 2009).

Att sjuksköterskan ibland kan möta de individer som inte önskar att leva längre utan istället önskar att förloppet påskyndas med en aktiv dödshjälp är inte ovanligt (Tännsjö, 2009). Hur sjuksköterskan upplever detta och om detta kan påverka den omvårdnad hon skall erbjuda kan ses som ett moraliskt och etiskt dilemma speciellt då aktiv dödshjälp inte är lagligt i Sverige. Det är därför viktigt att skapa diskussion kring frågan men också att fastställa vilken kunskap som finns i dagsläget i de länder som genomgått processen där det gått från olagligt till lagligt.

## **BAKGRUND**

Aktiv dödshjälp är en fråga som är mycket omtvistad både inom och utom hälso- och sjukvården. Frågan blir också mer aktuell allteftersom fler länder lagstiftar och är för aktiv dödshjälp, dock finns det vissa krav som måste uppfyllas för att aktiv dödshjälp ska genomföras. Lagstiftningen ändras för att patientens självbestämmande och autonomi ska sättas i fokus genom att hon själv ska få bestämma när hon vill dö. Forskningen kring den medicintekniska utrustningen har också gått framåt vilket kan påverka att livslängden förlängs (Verpoort, Gastmans, De Bal, Dierckx de Castle,

2004). Livslängden kan förlängas på så sätt att det idag överlever allt fler patienter från ett allvarligt tillstånd eller längre med sin obotliga sjukdom. Många av dessa patienter hade kanske inte överlevt för några år sedan, vilket också resulterar i att många av dem överlever men i närvaro av sjukdom. Diskussionerna har därför startats och ifrågasätter om det finns rimliga skäl att upprätthålla liv till priset av förlängt lidande (Arlebrink, 2005). Vid närvaro av sjukdom är det inte alltid att patienten upplever ett lidande, utan detta beror på varje enskild individ och hennes subjektiva upplevelse av sjukdomen (Birkler, 2007). Påskyndandet av döden kan i vissa fall till och med uppfattas som accepterat och även önskvärt, speciellt då det handlar om vård i livets slutskede då starka symtom som t.ex. outhärdliga smärta visar sig (Deliens, Faisst, Nilstun, Norup, Paci, van Der Mass et al. 2003). Att anta frågor som rör döden, dess lidande och dess eventuella påskyndande kan skapa etiska problem eller konflikter för sjuksköterskan i den omvårdnad som hon skall genomföra. Sjuksköterskans åsikter är inte alltid i enlighet med patientens vilket gör att en tvist mellan dessa parter uppkommer och relationen kan försämrats. Vid en försämrad relation kan även patientens tillit till sjuksköterskan komma till skada (Rynning, 2005).

### *Definitioner*

Dödshjälp härstammar från ordet eutanasi som kommer från grekiskan och betyder en god död. Det som menas med en god död är att den döende ska få ha det så bra som möjligt. Ordet eutanasi har idag fått en betydelseförskjutning då det översätts till dödshjälp. Dödshjälp delas in i olika kategorier och de två vanligaste är aktiv eller passiv dödshjälp (Svenska akademien, 2006). Definitionen av *aktiv dödshjälp* innebär att personen inte dör av sin sjukdom utan dör i anslutning till att ha fått en till flera injektioner av antingen en sjuksköterska eller en läkare. *Läkarassisterad suicid* definieras att en läkare skriver ut eller erbjuder en patient läkemedel så denne själv ska förtära det i avsikt att avsluta sitt liv (Arlebrink, 2005; Rynning, 2009). Definitionen på *passiv dödshjälp* innebär att personen dör av sin sjukdom, genom att avbryta eller avstå från behandling som hade kunnat förlänga livet (Arlebrink, 2005).

Nortvedt (2002) beskriver *omvårdnad* som vård av den sjuke, då omhändertagandet vid sjukdom, hotande av sjukdom samt efterverkningar av sjukdom ingår. Sjuksköterskans upplevelse i omvårdnaden är därför viktig då relationen till patienten kan öka patientens välbefinnande genom att lindra symtom, samt när så är möjligt förbättra patientens funktion.

*Uppleva* är ett begrepp som Nationalencyklopedin (2011) beskriver som en upplevelse där personen i fråga varit med om något som berört. Uppleva beskrivs också som att uppfatta och värdera något på ett känslomässigt plan (a.a).

### *Etiska principer och lagen*

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007) ska sjuksköterskan visa respekt för livet genom att lindra smärta och arbeta för att upprätthålla hälsan, alternativt hjälpa individen till en fridfull död. Dessa etiska principer är till för att vägleda och hjälpa sjuksköterskan vid svåra etiska problem som kan uppstå i hennes vardag (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007). En princip som kan användas som komplement till ICN:s etiska kod är autonomiprincipen som grundar sig på att patienten har rätt till att ta sina egna beslut om sin vård och omvårdnad. Till denna finns det fyra andra etiska principer som kompletterar: Respekt för självbestämmande, integritet, värdighet och det sårbara (Socialstyrelsen 1992). Sjuksköterskan bör ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt i fokus vid omvårdnad av sjuk patient. Enligt Kompetensbeskrivningen (2005) så skall den omvårdnad sjuksköterskan ger utgå från en värdegrund som vilar på humanistisk människosyn, omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet samt att utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och vid behov föra deras talan (a.a). Sjuksköterskans tidigare upplevelser och hennes personliga åsikter kring aktiv dödshjälp kan i sin tur påverka hennes människosyn i mötet med patienten och dennes närstående. Genom att sjuksköterskan medvetengör detta kan relationen, mötet och omvårdnaden till patienten bli mer professionell (Ternestedt, 2005).

I Sverige och i många andra länder, dock med undantag från Nederländerna, Luxemburg och Belgien, är aktiv dödshjälp inte lagligt. I Schweiz, Estland och

delstaterna Oregon och Washington i USA kan patienter få hjälp att avsluta sitt liv med hjälp av läkarassisterad suicid om deras obotliga sjukdom fråntagit deras mening med livet (Rynning, 2005; Tännsjö, 2009). År 2002 införskaffade Nederländerna en lag om ”The law on the termination of life on request and assisted suicide” (Borst, 2002 s.1) däremot har det redan från mitten av 1990-talet varit accepterat från rättväsendet att utföra båda delarna (Rynning, 2005). Lite mer än ett år efter det att Nederländerna införskaffat sin lag för aktiv dödshjälp gjorde även Belgien det ”Belgian act on euthanasia” (Verwilghen, 2002 s. 182). Redan år 1997 och 1999 gavs det två utlåtande från belgiska kommittéer som förespråkade aktiv dödshjälp vilket vann samhällets acceptans om aktiv dödshjälp redan då. När det gäller läkarassisterad suicid i Belgien står det inte klart vad det är som gäller i den belgiska lagen, dock står det inte heller att det är något som är kriminellt eller förbjudet (a.a). Både den nederländska och den belgiska lagen har vissa föreskrifter och kriterier som måste uppfyllas, däremot är den belgiska lagens föreskrifter mer strängare, preciserade och mer utförlig än vad Nederländernas är (Verwilghen, 2002). Det handlar bland annat om att Belgien inte tillåter att omyndiga patienter under 18 år får hjälp till dödshjälp, medan det i Nederländerna är godkänt från 16 års ålder och till och med från 12 års ålder om båda vårdnadshavarna samtycker. En införskaffning av speciella kommittéer har båda länderna utvecklat. Dessa har i uppgift att granska alla rapporterade fall av aktiv dödshjälp så inget olagligt sker eller att lagen på något sätt missbrukas (Nys, 2003).

Även om patienten själv vill dö är dråp (3:2 BrB), vållande till någon annans död (3:7 BrB), och mord (3:1 BrB), olagligt i Sverige. Utförs något av ovanstående bryter man mot Svensk lag vilket gör att personen som medverkar i detta kan bli straffad och få fängelse från sex månader upp till livstid. Om valet däremot är att utifrån ett medicinskt etiskt synsätt avstå från att behandla en patient kan straff utebli (Aspelin, 2005; Statens medicinsk-etiska råd, 1992; Brottsbalken [BrB] SFS 1962:700). I Sverige finns även Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] som innehåller allmänna riktlinjer som gäller livsuppehållande åtgärder i livets slutsked (1992). Dock finns där inga tydliga riktlinjer då alla individer är unika och bedömningen av patienten är individuell. Patienten har rätt att bestämma över sitt liv och att dö under värdiga former. Det står dock också i riktlinjerna att orsaka en patients död är aldrig tillåtet även om denne själv ber om det.



Detta kan göra att en tvist uppstår mellan sjuksköterskan, vars skyldighet är att försöka rädda liv, om patienten inte längre vill att livsuppehållande åtgärder ska fortlöpa. I slutändan är det dock patientens önskan i enlighet med lagen som väger upp om fortsatt behandling ska ske eller inte (Socialstyrelsen, 1992).

### *Teoriram*

Joyce Travelbee är en omvårdnadsteoretiker som bygger sin filosofi på att alla individer är oersättliga och unika. Travelbee menar att smärta och lidande är något som är mänskligt och en ofrånkomlig del i allas liv (Jahren Kristoffersen, 1998). För att kunna hjälpa patient och närstående i viktiga beslut så som aktiv dödshjälp är det därför viktigt för sjuksköterskan att kunna använda sig själv terapeutiskt för att skapa en mellanmänsklig relation till dessa. Målet är att hjälpa den andra att eventuellt finna mening och känna hopp samt bära och bemästra det som följer en sjukdom och ett lidande. Som sjuksköterska är det också viktigt att medvetengöra sina egna förutfattade meningar, attityder och värderingar för att en relation ska bli så oersättlig och unik som möjlig. Vid en bra relation ökar tilliten vilket gör att dialogen och omvårdnadsbehovet kan sättas i fokus och sjuksköterskans empati till patient och närstående kan utvecklas. Sjuksköterskans empatiska förmåga bygger på hennes tidigare upplevelser, erfarenheter samt förståelsen till den andras situation (a.a). Att sjuksköterskan tänker på detta i mötet med en patient som önskar aktiv dödshjälp är viktigt då hennes förutfattade meningar kan påverka hennes upplevelse i processen samt gör intryck på hur processen kring aktiv dödshjälp framskrider. Påverkan kring sjuksköterskans upplevelser kan också göra intryck på hur den mellanmänskliga relationen till patient och närstående blir.

En systematisk litteratursammanställning av Berghs, Dierckx de Casterlé och Gastmans (2005) där aktiv dödshjälp var lagligt visade sig att sjuksköterskan ofta medverkade i besluten om aktiv dödshjälp skulle utföras eller ej. Den visar också att kunskapen om sjuksköterskans attityder och upplevelser kring frågan inte är lika välundersökt (a.a). I en annan litteratursammanställning framkommer det att andelen sjuksköterskor som är för eller emot aktiv dödshjälp varierar kraftigt beroende på vilket land och om det är lagligt eller ej (Verpoort, Gastmans, De Bal, Dierckx de Casterlé, 2004).

Då aktiv dödshjälp inte är lagligt i Sverige behövs där mer kunskap från länder där det är lagligt. Detta för att veta hur sjuksköterskans upplevelse i omvårdnadshandlingen kring aktiv dödshjälp är samt för att öka kunskapen kring ämnet då det i Sverige blir allt vanligare att diskussioner kring ämnet uppkommer.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse kring aktiv dödshjälp i länder där det numera är tillåtet så som i Nederländerna och Belgien.

## **METOD**

### *Design*

Detta arbete genomfördes som en litteraturstudie vilket innebar ett systematiskt urval av vetenskapliga artiklar som blev kritiskt granskade och sammanställda (Forsberg & Wengström, 2010). Målet med litteraturstudien var att öka kunskapen och förståelsen om det valda ämnet för både allmänheten och enskilda individer.

Refereringsteknik som använts var APA-systemet, American Psychological Association (Friberg, 2006).

### *Urval och datainsamling*

För att erhålla ett så brett urval av träffar som möjligt användes databaser som Cinahl, PubMed, och PsycINFO (Forsberg & Wengström 2010; Polit & Beck, 2008; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Sökorden var: *Euthanasia, nurs\**, *nurses*, *attitudes*, *views*, *assisted-suicide*, *terminal*, *active*, *care*, *euthanasia active*, *involvement* och *nurses attitudes* (bilaga 1). Vid sökning av artiklar användes den Booleska sökoperatoren AND. Vid varje sökning användes från tre till fem sökord. Dessa kombinerades på olika sätt för att garantera optimal sökning. Genom att använda trunkering (\*) till ordet *nurs\** så inkluderades ordets alla ordslut i sökningen (a.a). I de olika databaserna finns sökverktyg, tesaurus, vilket fungerar som ett uppslagsverk och ger förslag till andra sökord. I Cinahl kallas det för subject heading list och ordet *euthanasia* användes

(Östlundh, 2006; Forsberg & Wengström 2010). I PubMed heter det MeSH (Karolinska Institutet, 2011) och de MeSH-termer som användes var: *Nurses*, *attitude*, *euthanasia*, *humans* och *adult*. För att göra ytterligare litteraturavgränsningar inom området gjordes inklusions- och exklusionskriterier (Östlundh, 2006). Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara skrivna på engelska, inkludera sjuksköterskor som vårdat personer med önskan om aktiv dödshjälp, vara publicerad i ett land där aktiv dödshjälp var lagligt samt vara publicerade mellan år 2000 till 2010. Exklusionskriterierna var att studien inte skulle handla om barn eller ungdomar upp till arton år samt annan arbetskategori än sjuksköterskeyrket. Över femtio titlar och trettio abstrakts genomlästes för att kontrollera att studierna svarade mot syftet. Sammanlagt inkluderades tio artiklar, därav fyra kvantitativa, fem kvalitativa samt en som hade både en kvantitativ och kvalitativ del. Artiklar som ej varit direkt länkade i fulltext genom databaserna har sökts i Samsök och påträffades där. De artiklar som exkluderades svarade inte på syftet så som att de endast var från läkarens vinkel, för inriktad på palliativ vård i livets slutskede samt att studierna var publicerade i länder där aktiv dödshjälp inte var lagligt. Av de tio artiklar som valts ut kommer tre från Nederländerna och resterande sju från Belgien. I artiklarna var kvinnliga sjuksköterskor en stor majoritet, dock nämndes det inte om det var någon tydlig skillnad jämfört med männen. Förklaring till varför det var fler medverkande kvinnor än män i studierna kan bero på att det kvinnliga könet är dominerande inom sjukvården.

Manuella sökningar i de erhållna artiklarnas referenslistor genomfördes för att finna ytterligare artiklar som passade till syftet (Östlundh, 2006 & Friberg, 2006). Dock har inga artiklar från manuella sökningarna använts, då de har påträffats som dubblett genom databaserna.

I föreliggande studie kommer både sjuksköterskan och patienten att benämnas som hon/henne för att underlätta läsningen.

## Genomförande och analys

Artiklarna som inkluderades granskades utifrån en modifierad version av Forsberg & Wengströms (2010) granskningsmall för kvantitativa och kvalitativa artiklar för att bedöma användbarhet och vetenskaplig kvalitet (bilaga 3 och 4). Kvalitén kunde vara låg, medel eller hög vilket baserades på olika poäng. Var kvalitén låg exkluderades de. Varje mall innehåller tolv till sexton frågor som besvarades med ja, nej eller vet ej. Varje ja-svar gav ett poäng, vilket innebär ett maxpoäng på tolv respektive sexton beroende på vilken mall som användes. Hade artikeln sex till åtta respektive sju till elva poäng räknades de som medel kvalitet (se figur 1). Om artiklarna hade mer än åtta respektive elva poäng räknades de som hög kvalitet. Vid dominerade nej-svar och poäng under fem respektive sex blev kvalitén låg. Av de tio artiklar som svarade på syftet hade åtta hög kvalitet medan de andra två hade medel kvalitet, dessa redovisas i bifogad artikelöversikt (bilaga 2).

<b>Kvalitet</b>	<b>Kvantitativ granskningsmall, baserad på 12 frågor</b>	<b>Kvalitativ granskningsmall, baserad på 16 frågor</b>
<b>Hög</b>	9 till 12 poäng	12 till 16 poäng
<b>Medel</b>	6 till 8 poäng	7 till 11 poäng
<b>Låg</b>	0 till 5 poäng	0 till 6 poäng

Figur 1. Översikt av poäng av kvalitetsmätning i granskningsmall

Genom att göra en analys på text i artiklarna har en ny helhet i texten framkommit (Friberg, 2006). Till en början skrevs artiklarna ut för att underlätta läsningen vilket skedde i flera omgångar. Vid de första genomläsningarna påträffades olika kategorier som väckte uppmärksamhet (Friberg, 2006; Malterud, 1998). Markeringar i texten gjordes för att finna innebörder som passade bra till syftet. Under tiden innebörderna från texten markerades skrevs de även ner på små lappar och placerades under passande kategori för att få fram likheter och skillnader, på så sätt kodades texten. Innebörderna av texten har flyttats fram och tillbaka för att hitta en passande kategori (a.a). De slutgiltiga kategorierna sammanställdes i en löpande text under respektive kategorier.

De tre kategorier som bildades var: *Sjuksköterskans omvårdnadshandling då patienten önskar aktiv dödshjälp*, *sjuksköterskans möte med närstående då patienten önskar aktiv dödshjälp* samt *sjuksköterskans behov av debriefing vid aktiv dödshjälp* (Se figur 2).

### **Förförståelse**

Både medvetet och omedvetet formuleras olika hypoteser om hur olika saker är och upplevs, detta är vår förförståelse (Birkler, 2008; Malterud, 1998). Vid analys av artiklar var det därför viktigt att tänka på detta för att på så sätt ha en så neutral läsning som möjligt (a.a). Min förförståelse är att eftersom aktiv dödshjälp för tillfället inte är lagligt i Sverige finns det patienter som är svårt obotligt sjuka som inte får sin högsta önskan i uppfyllelse, att få somna in på ett värdigt sätt. Denna förförståelsen bygger också på egna erfarenheter från undersköterskeyrket efter att ha mött och arbetat med bland annat svårt obotligtsjuka cancerpatienter och patienter med en långskriden MS-sjukdom.

## **RESULTAT**

Resultatet är uppbyggt på tio vetenskapliga artiklar. Resultatet som framkom och svarade på syftet om sjuksköterskans upplevelse kring aktiv dödshjälp var följande tre kategorier: *Sjuksköterskans omvårdnadshandling då patienten önskar aktiv dödshjälp*, *sjuksköterskans möte med närstående då patienten önskar aktiv dödshjälp* samt *sjuksköterskans behov av debriefing vid aktiv dödshjälp* (Se figur 2).



Figur. 2 – Översikt av kategorier i resultatet.

## *Sjuksköterskans omvårdnadshandling då patienten önskar aktiv dödshjälp*

I flera av artiklarna framkom det att sjuksköterskan upplevde sig som en nyckelperson i processen då det oftast var hon som fick den första förfrågan om aktiv dödshjälp av patienten (De Bal, Dierckx De Casterle, De Beer & Gastmans, 2006; Denier, Dierckx De Casterle, De Bal & Gastmans, 2010; Dierckx De Casterle, Denier, De Bal & Gastmans, 2010; Dierckx De Casterle, Verpoort, De Bal & Gastmans, 2006; Van Bruchem-van de Scheur, Van der Arend, Huijer Abu-Saad, Van Wijmen, Spreeuwenberg, & Ter Meulen, 2008; Van Bruchem-van de Scheur, Van der Arend, Spreeuwenberg, Huijer Abu-Saad & Ter Meulen, 2007; Van Bruchem-van de Scheur, Van der Arend, Van Wijmen, Huijer Abu-Saad, & Ter Meulen, 2008). I De Bal et al. (2006) studie fanns det flera sjuksköterskor som upplevde det positivt då de fick förfrågan om aktiv dödshjälp från patienten. Inte på grund av frågan i sig och att patienten inte ville leva längre, utan det var mer en bekräftelse på att en relation med förtroende hade byggts upp. En god relation med patienten och hennes närstående gjorde att tilliten kunde öka och dialogen mellan parterna blev mer öppen. Genom att ha en öppen dialog kunde omvårdnaden förbättras eftersom identifiering av patientens omvårdnadsbehov sattes i fokus och grundorsaken till varför patienten ville påskynda döendet kunde påträffas. Detta kunde göra att aktiv dödshjälp förhindrades och patienten fick den väsentliga omvårdnaden som behövdes (De Bal et al., 2006; Dierckx De Casterle et al, 2006; Dierckx De Casterle et al., 2010). Det fanns de gånger då patienten önskade aktiv dödshjälp om smärtan var outhärdlig eller rädslan för hur vägen till döendet skulle bli. Vid rädsla upplevde sjuksköterskan att det ibland räckte att sitta och samtala med patienten om var rädslan härstammade ifrån för att göra skillnad i tankarna om döendet (De Bal et al., 2006). Om patienten hade svåra och okontrollerad smärta ansåg sjuksköterskan att smärtan gick att lindra med smärtstillande läkemedel och god palliativ vård (a.a). Dock ansåg sjuksköterskan att om palliativ vård prövats men med uteblivit resultat hade de obotligt sjuka patienter som önskade aktiv dödshjälp rätt till att påskynda döden, detta för att slippa se patienten lida (Inghelbrecht et al., 2009a; Inghelbrecht et al., 2009b; Verpoort et al., 2004). Det fanns även de patienter som önskade aktiv dödshjälp på grund av psykiskt lidande. Detta upplevde sjuksköterskan i jämförelse med fysiskt lidande som mindre accepterat då de ansåg att psykiska besvär oftast var mindre synliga än fysiska och då var det också svårare att visa empati till det (Verpoort, Gastmans, & Dierckx de Casterlé, 2004). Fysiskt lidande i kombination med psykiskt lidande

var enligt Verpoort et al. (2004) studie det som upplevdes som mest accepterat av sjuksköterskan för att aktiv dödshjälp skulle utföras. Samtidigt upplevde nästan alla sjuksköterskor att patientens autonomi borde stå i fokus då hon hade rätt till att själv få bestämma över sitt liv och då även när döden skulle inträffa, dock kunde detta i vissa fall upplevas som en svårighet (De Bal et al., 2006; Verpoort et al., 2004).

Under perioden då det fortfarande var olagligt i Belgien med aktiv dödshjälp fanns det sjuksköterskor som inte ville diskutera aktiv dödshjälp med sina patienter eftersom de ändå inte kunde göra något då lagen stoppade dem från att utföra det (Verpoort et al., 2004). Då det var lagligt upplevde sjuksköterskan att det var hon som ansvarade för att definiera olika uttryck så som aktiv dödshjälp, terminal sedering och de olika lagarna för patienten och hennes närstående. Vetskapen om innebörderna av de olika definitionerna skulle vara tydliga för patienten innan ett beslut om aktiv dödshjälp togs (Dierckx De Casterle et al., 2010).

Sjuksköterskan upplevde att hela processen vid aktiv dödshjälp kunde vara påfrestande då det var mycket känslor inblandat. Processen startade då patienten gav förfrågan till sjuksköterskan och avslutades inte förrän patienten fått sin önskan i uppfyllelse eller hunnit somna in av sin sjukdom (De Bal et al., 2006; Denier et al., 2010; Dierckx De Casterle et al., 2006; Dierckx De Casterle et al., 2010). Sjuksköterskans moraliska värderingar upplevdes ibland som problematiska då sjuksköterskan samtidigt som hon ville göra ett bra jobb även ville uppfylla patientens önskan fast hennes personliga åsikter sa något annat (De Bal et al., 2006). Det framkom även i Denier et al. (2009) studie att upplevelsen av omvårdnadsprocessen kring de patienter som önskade aktiv dödshjälp blev lättare med tiden då sjuksköterskans erfarenhet ökade samt att rädslan kring samtalsämnet försvann. När det gällde ställningstagandet vid aktiv dödshjälp framkom visade sig att religionen hade en stor betydelse och inverkan för sjuksköterskan. De sjuksköterskor som var religiösa hade allmänt en lägre acceptans till aktiv dödshjälp än vad de icke religiösa hade (Inghelbrecht et al., 2009a; Inghelbrecht et al., 2009b; Verpoort et al., 2004). Den religiösa sjuksköterskan menade att livet var en gåva från Gud och ingen annan mer än Gud skulle välja när ett liv skulle tas (Verpoort et al., 2004).

### *Sjuksköterskans möte med närstående då patienten önskar aktiv dödshjälp*

Dierckx De Casterle et al. (2006) beskriver mötet med närstående som jobbigt om sjuksköterskan och de har olika syn avseende om patienten skulle få aktiv dödshjälp eller ej. Omhändertagandet av närstående är något som inkluderades under hela processen. Sjuksköterskan upplevde att om de medverkat i beslutsprocessen var det också deras skyldighet att ta hand om närstående genom att lyssna på deras åsikter, funderingar och tankar (De Bal et al., 2006; Dierckx De Casterle et al., 2006; Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2009a; Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2009b). Alla gånger var det inte så lätt när det gällde mötet mellan sjuksköterskan och patientens närstående. Dessa hade inte alltid samma tycke som patienten och motsatte och motarbetade då patientens önskan om aktiv dödshjälp (Dierckx De Casterle et al., 2006). Efter det att aktiv dödshjälp var utförd upplevde sjuksköterskan att det var viktigt att stödja patientens närstående (Dierckx De Casterle et al., 2006; Dierckx De Casterle et al., 2010; De Bal et al., 2006). Skuld känslor kan ibland uppkomma hos de närstående då funderingar och frågor om de har gjort rätt att stödja patienten i deras önskan om aktiv dödshjälp (a.a).

### *Sjuksköterskans behov av debriefing vid aktiv dödshjälp*

Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att ta hand om varandra som ett team samt betonade att det var viktigt att diskutera händelserna kring dödshjälp då denna var utförd. Uppmärksamheten kring sjuksköterskornas känslor och erfarenheten i de positiva aspekterna i händelsen skulle diskuteras och vara ett fokusämne i samtalet. Flera sjuksköterskor upplevde också att ”debriefing” med en psykolog och all personal som var involverade underlättade och var en viktig del. Detta var viktigt eftersom aktiv dödshjälp upplevdes som en traumatisk upplevelse. Om inte ”debriefing” skedde efteråt var de rädda att de inte skulle klara av alla känslorna och kollapsa (De Bal et al., 2006; Dierckx De Casterle et al., 2006; Dierckx De Casterle et al., 2010).



## DISKUSSION

### *Metoddiskussion*

Aktiv dödshjälp, som också definieras som eutanasi är ett svårt begrepp då innebörden av definitionen är olika beroende på i vilken litteratur eller ordbok man finner den. Databaserna Cinahl, PubMed, och PsycINFO användes. En brist som kan uppfattas vid valet av databaser är att de återstående databaser så som Academic Search Elite och den svenska databasen SweMed+ inte användes. Detta kan ha gjort att eventuella relevanta artiklar kan ha blivit missade. Vid sökning på sökorden *euthanasia* och *nurses* påträffades ett brett urval av artiklar, därav många som inte överrensstämde med syftet. Därför kombinerades orden med andra sökord och begränsningar för att få ett mer specifikt urval. Syftet som från början också handlade om sjuksköterskans attityder har ändrats under arbetets gång vilket kan ha gjort att artiklar som svarat till syftet blivit missade. Dock sågs det att vid sökning på *attitudes* kom sjuksköterskans upplevelse med då en attityd ofta byggs upp på upplevelser. Resultatet har blivit uppbyggt på både kvalitativa och kvantitativa artiklar vilket ses som en styrka, då det har gett en bredare bild på hur sjuksköterskans upplevelse var.

För att säkerställa att personerna som ingick i artiklarnas projekt blev väl informerade angående studien, helst både muntligt och skriftligt, borde artiklarna vara etiskt granskade av en etisk kommitté. För att vara etiskt godkända innebar det att deltagandet var frivilligt, att deras identitet inte fick avslöjas samt att de när som helst under studiens gång hade möjlighet att dra sig ur (Forsberg & Wengström, 2008; Polit & Beck, 2008; Stryhn, 2007). Dessa krav handlar om autonomiprincipen som inkluderar respekt för deltagarnas integritet, värdighet och sårbarhet samt rättvisepincipen. Godhetsprincipen och icke-skada-principen tillämpades också då studiens nytta skulle övervägas med eventuella risker (a.a). I alla artiklar framkom det inte tydligt att de blivit etiskt granskade, då var det upp till författaren att avgöra om tillvägagångssättet varit etiskt korrekt samt att nyttan var större än eventuella risker. Dock menar Stryhn (2007) att de projekt som inte blivit etiskt godkända av en forskningsetisk kommitté inte får bli publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Om de ändå blir publicerade går detta emot lagen och kan straffas med antingen böter eller fängelse (a.a).

Samtliga artiklar var på engelska då detta var ett av inklusionskriterierna, eventuella relevanta artiklar på annat språk kunde därför på så sätt ha exkluderats utan vetskap (Segersten, 2006).

Då engelska inte är författarens modersmål kan resultatet ha påverkats vid tolkning och analys av artiklarna. Vid frågetecken i texten rörande språket har engelsk-svenskt lexikon (Wiman, 2010) använts och på så sätt ökat trovärdigheten.

Begränsningar gällande artiklarnas publicering (2000-2010) kan ha gjort att viktig data som publicerats tidigare inte tagits med. Fem artiklar publicerades under 2000-talet men själva undersökningen hade utförts under 1990-talet. Dessa exkluderades då en begränsning behövdes sättas upp för att informationen skulle ligga så nära i tid som möjligt och på så sätt öka trovärdigheten. Tidsbegränsningen gjordes också då det var under denna tidsperiod som både Nederländerna och Belgien gjorde aktiv dödshjälp till ett lagligt alternativ (Tännsjö, 2009). Samtidigt som detta startades även stora diskussioner i Sverige då en man efter en allvarlig bilolycka skadades så svårt att han blev totalförklarad och beroende av en respirator för att överleva. Då han inte ville leva längre och inte fick avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt i Sverige åkte han därför ner till en självmordsklinik i Schweiz och avslutade sitt liv där (a.a). År 2005 då detta hände fanns det stora oklarheter i Sverige när det gällde hur en god palliativ vård skulle vara. Efter detta började Socialstyrelsen gå igenom och tydliggöra sina föreskrifter och allmänna råd om hur sjukvårdspersonal ska förhålla sig till livsuppehållande behandling (a.a). Förra året, år 2010, skrev en totalförklarad och respiratorbunden kvinna in till Socialstyrelsen och bad att få dö genom att sövas ner och sen att därefter stänga av hennes respirator. Som svar från Socialstyrelsen stod det bland annat: ”*Om exempelvis vård i respirator ska avbrytas ingår det i god palliativ vård att lindra patientens symtom, t.ex. genom att erbjuda patienten sömnmedel eller morfin*” (Socialstyrelsen, 2010). Kvinnan fick sin önskan uppfylld genom att bli sövd och sen somna in. Efter detta för cirka en månad sedan, april 2011, gav Socialstyrelsen ut ett förslag på nya föreskrifter om livsuppehållande behandling (Socialstyrelsen, 2011). Detta innebär att så länge den mycket sjuka patienten är införstådd med vad det betyder att få hjälp att avsluta livet på ett smärtfritt sätt har hon rätt till det. Ett annat ord för det är passiv dödshjälp som enligt svensk lag inte är tillåtet, men det står inte i heller att det är förbjudet (Arlebrink, 2005). Föreskrifterna har tillkommit för att vägleda sjukvårdspersonal i den svåra konflikt som kan uppstå när en patient inte vill leva längre (Socialstyrelsen, 2011). Denna information har inte direkta anslutningar till själva sökningen av artiklarna utan detta är mer till för att veta hur kunskapsläget för Sverige har ändrats under de senaste åren. Att sjuksköterskan står för ett etiskt och moraliskt dilemma har nog inte

ändrats de senaste åren jämfört med 15 år sedan. Dock kan det vara så att aktiv dödshjälp är något som diskuteras mer öppet i dag än vad det varit tidigare så det var också därför tidsbegränsningen gjordes till de senaste tio åren.

Av de tio artiklarna som inkluderades kom tre från Nederländerna och resterande sju från Belgien. I dessa två länder har aktiv dödshjälp tidigare varit olagligt men år 2002 införskaffade Nederländerna en lag då aktiv dödshjälp blev lagligt. Knappt ett år senare, år 2003, gjorde även Belgien aktiv dödshjälp till ett lagligt alternativ. Även i Luxemburg är aktiv dödshjälp lagligt, dock kommer inga av de erhållna artiklarna därifrån då inga artiklar publicerade i Luxemburg har påträffats. Att artiklarna kommer från två länder där aktiv dödshjälp är lagligt kan ses som en styrka då sjuksköterskans upplevelse grundar sig på ren fakta. Att artiklar från ett icke legaliserat land ej inkluderats kan ses som en svaghet då jämförelser annars hade kunnat göras för att se om det skiljer sig åt mellan ett icke legaliserat och ett legaliserat land. Detta gör att man inte kan generalisera om hur sjuksköterskans upplevelse är i ett land till ett annat, utan detta skiljer sig också beroende på hur synen och lagstiftningen från respektive land är. Det var flera artiklar som tog upp antalet män respektive kvinnor som medverkade i studien dock skrev de inte ut vad de upplevde olika och om det var någon skillnad. Därför minskar trovärdigheten på det presenterade resultatet när det avser kön.

När det gäller granskning och kvalitets mätning har ett poängsystem från Forsberg & Wengström (2010) använts. Artiklarnas kvalitet har mätts utifrån låg, medel eller hög beroende på hur många ja-, nej- och vet ej-svar som framkommit. När det gäller poängsystemet kan det dock vara missvisande då det inte framkommer vilken del av studien som är stark eller svag (Polit & Beck, 2008). Styrkor och svagheter från artiklarna skrevs därför ut i artikelöversikten för att få en så bra överblick som möjligt (Bilaga 2). Kvaliteten skulle även kunna bedömas annorlunda av andra, då granskningsmallen utgår från författarens personliga och subjektiva uppfattning av artikeln. På grund av detta kan trovärdigheten och generaliserbarheten avseende artiklarnas kvalitet minska (Ejlertsson, 2003; Malterud, 1998).

Den egna förförståelsen har medvetengjorts för att resultatet så lite som möjligt ska påverkas av detta (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008; Malterud, 1998). En fördjupad kunskap inom

det valda ämnet kan vara praktiskt och användbart till den framtida yrkesrollen som sjuksköterska.

### *Resultatdiskussion*

Fyra kategorier framkom i artiklarnas resultat som sedan blev denna studies resultat. Sjuksköterskornas upplevelse kring aktiv dödshjälp var något individuellt och aldrig detsamma. Medan sjuksköterskan upplevde konflikt med sina moraliska värderingar och de existerande lagar kring aktiv dödshjälp som förekom i det land hon arbetar ville hon samtidigt göra ett bra jobb genom att se så patienten fick en så bra och värdig död som möjligt. Vissa sjuksköterskor upplevde att mötet med patientens närstående inte alltid var så lätt dock ansåg de att det var deras skyldighet att ta hand om dem. Sjuksköterskorna upplevde att kommunikationen med arbetskollegorna inte alltid fungerade.

Två övergripande teman påträffades i resultatet och visade sig vara speciellt viktiga när det gällde sjuksköterskans upplevelse, nämligen: Sjuksköterskans upplevelse av relation till patient samt sjuksköterskans upplevelse till närstående. Dessa har därför valts ut för att diskuteras.

#### **Sjuksköterskans upplevelse av relation till patienten:**

Sjuksköterskan var den första som fick förfrågan om aktiv dödshjälp från patienten. Fem artiklar visade att sjuksköterskan upplevde en god relation till patienten som hade givit uttryck om sin första önskan gällande aktiv dödshjälp (Dierckx De Casterle et al., 2006; Dierckx De Casterle et al., 2010; Denier et al., 2010; De Bal et al., 2006; Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007). Förklaring till varför sjuksköterskan kunde vara den som först fick förfrågan var att hon var mer tillgänglig för patienten. Relationen byggdes upp beroende på hur sjuksköterskan upplevde sin patient i handlingar och attityder. Vid en god relation där ett förtroende skapades kunde patientens lidande minska. Genom att sjuksköterskan lyssnade aktivt och tog sig till patientens underliggande problem kunde grundorsaken till patientens önskan om aktiv dödshjälp kunde hindras. Det kunde t.ex. handla om att patienten led av dödsångest eller upplevde svåra smärtor (Dierckx De Casterle et al, 2006; Dierckx De Casterle et al., 2010; De Bal et al., 2006).

För att ett samtal ska upplevas som värdefullt och positivt från både sjuksköterskan och patientens sida är det således viktigt att skapa en bra relation. En bra relation kan i sin tur uppstå då sjuksköterskan kommunicerar och har ett samtal med patienten. En unik relation till blir den då sjuksköterskan ser patienten som speciell och tar sig tid till henne genom att lyssna och ta hennes önskningar på allvar.

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee interaktionsteori lägger stor vikt på det mellanmännsliga mötet, alltså relationen och i detta läge mellan sjuksköterskan och patienten. Hennes människosyn är att sjuksköterskan ska se varje enskild person som en unik och oersättlig individ. Enligt Travelbee handlar omvårdnaden om den sjuke att hjälpa henne att hantera, bära, finna mening samt att stödja deras hopp i de olika upplevelser som kan uppstå vid lidande och sjukdom. Kommunikation är grunden och det viktigaste redskapet till att skapa den mellanmännsliga relationen. Därför måste sjuksköterskan vara lyhörd, uppmärksam och använda sig själv terapeutiskt för att kunna lära känna patienten och få fram hennes unika omvårdnadsbehov (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006). Om patienten känner lidande kan sjuksköterskan bidra till minskning av detta genom att känna patienten och hennes unika behov (Jahren Kristofferson, 1998).

### **Sjuksköterskans upplevelse av relation till närstående:**

Sjuksköterskan och närstående delade inte alltid samma syn på patientens behandling.

Fyra artiklar tog upp att sjuksköterskan upplevde att det var hon som hade skyldighet att ta hand om patientens närstående om hon varit med i beslutsprocessen (De Bal et al., 2006; Dierckx De Casterle et al., 2006; Inghelbrecht et al., 2009a; Inghelbrecht et al., 2009b).

Relationen kunde vara svår att bygga upp speciellt om de inte hade samma åsikt som patienten. De närstående som motarbetade processen och inte ville acceptera att deras familjemedlem snart skulle dö försvårade sjuksköterskans arbete i omvårdnaden samt gjorde att sjuksköterskan upplevde dessa möten som påfrestande. En dålig relation mellan sjuksköterskan och patientens närstående kunde göra att missförstånd uppstod då det brast i kommunikationen mellan dessa parter (Dierckx De Casterle et al., 2006).

Att sjuksköterskan skapar en bra relation med de närstående är minst lika viktig som att ha bra relation med patienten då relationen mellan dessa parter oftast är unik. Genom att ta sig tid till

att lyssna, diskutera och samtala med de närstående i bedömningen av patientens tillstånd kan upplevas som positiv. Att även kunna observera närstående är viktigt då ett inre kaos och en förtvivlan kan utspela sig, detta kan vara ett rop på hjälp (Jahren Kristofferson, 1998).

En viktig sak att tänka på när en patient är svårt sjuk är att det är inte bara patienten som påverkas av detta, utan det är också hela hennes omgivning. Genom att involvera hela familjen i beslutsprocessen och i omvårdnaden av patienten kan detta göra att relationen blir bättre. En öppen diskussion där sjuksköterskan respekterar och lyssnar på de närstående kan till och med ändra sjuksköterskans egna åsikter då ett annat perspektiv tillkommer (Kirkevold, 2003). Travelbee tar upp att alla individer är unika och oersättliga, vilket även innefattar de närstående. I en del situationer när individens resurser inte räcker till kan det tydligt märkas i ett rop på hjälp. En förväntan och ett hopp om att andra ska ingripa kan då växa fram (Jahren Kristofferson, 1998).

## **SLUTSATS**

Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse kring aktiv dödshjälp i länder där det numera är tillåtet så som i Nederländerna och Belgien. I resultatet framkom det att sjuksköterskan upplevde en bra relation till patienten då hon var den första som fick förfrågan om aktiv dödshjälp. Sjuksköterskor upplevde stor osäkerhet i sin omvårdnad när diskussionen om aktiv dödshjälp aktualiserades då hennes personliga inställning inte alltid överensstämde med den rådande juridiska inställningen i landet. Ofta kunde även relationen till både anhöriga och kollegor vara dålig då samtliga hade olika inställning till aktiv dödshjälp. Att sjuksköterskan inte var trygg i processen gjorde att hon inte visste hur känslor och tankar skulle hanteras.

Genom att starta diskussioner redan under sjuksköterskeutbildningen om döden och handlandet kring döden kan leda detta till att sjuksköterskans trygghet ökar och hon växer i sin yrkesroll. Förhoppningen med denna litteraturstudie är att öka kunskapen om hur sjuksköterskan upplever hela processen kring aktiv dödshjälp.

## REFERENSER

\* = De artiklar som använts i resultatet.

Arlebrink, J. (2005). Kapitel 7: Eutanasi. Arlebrink, J. (red.), *Döden och döendet: Etiska, existentiella och psykologiska aspekter [E-bok, elektronisk resurs ]*. Lund: Studentlitteratur.

Aspelin, E. (2005). Kapitel 10: Dödande med samtycke – straffrättsliga aspekter. Westrin, C-G & Nilstun, T. (red.) *Att få hjälp att dö: synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.

Berghs, M., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2005). The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *Journal of medical ethics*, 31(8). (s.441-446).

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori: En grundbok*. Stockholm: Liber AB.

Brattgård, D. (1994). *Det gäller livet: En handbok i etik för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Lito – Teknik AB.

\*De Bal, N; Dierckx De Casterle B; De Beer, T. & Gastmans, C. (2006). Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43. (s.589–599).

Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, T., Paci, E., van Der Mass, PJ., van Der Wal, G., & Van Der Heide, A. (2003). Beslutsfattande vid livets slut i sex europeiska länder. *Läkartidningen*, 100(30-31). (s.2432-2440).

\*Denier, Y., Dierckx De Casterle, B., De Bal, N. & Gastmans, C. (2010). "It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia. *Medicine, health care and philosophy*. vol. 13. (s.41–48).

\*Dierckx De Casterle, B., 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). (s.187–192).

\*Dierckx De Casterle, B; Verpoort, C; De Bal, N. & Gastmans, C. (2006). Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *Journal of Medical Ethics*, 32. (s.187–192).

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för folkhälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2010). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskningen [E-bok, elektronisk resurs]*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Fürst, C-J. (2009). Kapitel: Den döende patientens behov. Frostegård, J., Fürst, C J., Ingvar, M., Lagercrantz, H., Lynöe, N., & Rynning, E. *Liv och död. Livsuppehållande behandling från början till slut*. (s.48-64). Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

\*Inghelbrecht, E; Bilsen, J; Mortier, F. & Deliens, L. (2009a). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: A nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine*. vol. 23, (s.649–658).



\*Inghelbrecht, E; Bilsen, J; Mortier, F. & Deliëns, L. (2009b). Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: A nationwide study in Flanders, Belgium. *International Journal of nursing studies* vol. 46, (s.1209–1218).

Jahren Kristoffersen, N. (red.) (1998). *Allmän omvårdnad. 1, Profession och ämnesområde - utveckling, värdegrund och kunskap*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

Jahren Kristoffersen, N. Nortvedt, F & Skaug, E-A. (red.) (2006) *Grundläggande omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber AB.

Kalfoss, M.H. (2002). Kapitel 4: Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv. Almås, H (red.), *Klinisk omvårdnad 1*. (s.48-64). Stockholm: Liber AB

Karolinska Institutet. (2011). *Svensk MeSH – sökverktyg MeSH*. Stockholm: Karolinska Institutet. Hämtad den 3 april 2011 från:

<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=4358&a=11716&l=sv>

Kirkevold, M. (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Nationalencyklopedin. (2011). *Svensk ordbok – ordet: Uppleva*. Malmö:

Nationalencyklopedin. Hämtad 20 maj 2011 från:

<http://www.ne.se.ezproxy.bibl.hkr.se/sve/uppleva>

Nortvedt, P. (2002). Kapitel 1: Klinisk omvårdnad – realiteter och utmaningar. Almås, H (red.), *Klinisk omvårdnad 1*. (s.1-11). Stockholm: Liber AB.

Nys, H. (2003). A presentation of the Belgian act on euthanasia against the background of Dutch euthanasia law. *European journal of health law*, 10. (s.239-255).

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice: Eight edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rynning, E. (2009). Kapitel: Rätt till liv och rätt att dö. Frostegård, J., Fürst, C J., Ingvar, M., Lagercrantz, H., Lynöe, N., & Rynning, E. *Liv och död. Livsuppehållande behandling från början till slut*. (s.86-122). Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Rynning, E. (2005). Kapitel 12: Dödshjälp – mänsklig rättighet eller folkrättsbrott?. Nilstun, T., & Westrin, C-G. (red.), *Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. (s.191-211). Lund: Studentlitteratur.

Segersten, K. (2006). Kapitel 4: Användbara texter. Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (s.37-44). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1962:700. *Brottsbalken*. Hämtad den 26 april 2011 från:

<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=1962:700#K3>

Socialstyrelsen. (2011a). Extern remissversion. *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Hämtad den 9 juni 2011 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/pressmeddelanden/Documents/Extern%20remiss%20Handbok%20Livsuppehållande.pdf>

Socialstyrelsen. (1992). *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Hämtad den 21 april 2011 från:

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/14518/1992-70-2\\_1992702.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/14518/1992-70-2_1992702.pdf)

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). *Socialstyrelsens brev till kvinna som vill avsluta behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 23 maj 2011 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/Documents/brev.pdf>

Statens medicinsk-etiska råd (1992). *Statens medicinsk-etiska råd*. 2. uppl. Stockholm: Gotab.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Svenska akademien. (2006). *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007) *ICN:s etiska koder för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad den 14 mars 2011 från:  
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Ternstedt, B-M. (2005). Kapitel 5: Hjälpa att leva livet ut. Nilstun, T., & Westrin, C-G. (red.), *Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. (s.73-88). Lund: Studentlitteratur.

Borst, E. (2002). *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*. Belgium: The minister of Justice. Hämtad den 16 juni 2011 från: <http://www.worldtrd.net/public/Dutchlawtext.pdf>

Thorsén, H. (1997). *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: Liber AB.

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

\*Van Bruchem-van de Scheur, A., Van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., Van Wijmen, F., Spreeuwenberg, C. & Ter Meulen, R. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of clinical nursing*, 17. (s.1618-1626).

\*Van Bruchem-van de Scheur G.G., Van der Arend, A., Spreeuwenberg, C., Huijer Abu-Saad, H. & Ter Meulen, R. (2007). Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse. *Journal of advanced nursing*, 58(1). (s.44-52).

\*Van Bruchem-van de Scheur G.G., Van der Arend, A., Van Wijmen, F., Huijer Abu-Saad, Huda. & Ter Meulen, R. (2008). Dutch nurses attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Nursing ethics*, 15(2). (s.186-198).

Verpoort, C., Gastmans C., De Bal, N. & Dierckx de Casterlé, B. (2004). Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing ethics*, 11(4). (s.349-365).

\*Verpoort, C., Gastmans C., & Dierckx de Casterlé, B. (2004). Palliative care nurses' views on euthanasia. *Advanced nursing*, 47(6). (s.592-600).

Verwilghen, M. (2002). Act concerning euthanasia. *Ethical perspectives*, 9(2-3).(s.182-188). Hämtad den 12 juni 2011 från:  
<http://www.kuleuven.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23>

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wiman, M. (red.) (2010). *Norstedts engelska ordbok: Professionell – Engelsk-svensk/Svensk-engelsk. 276 000 ord och fraser*. Stockholm: Norstedts

Östlundh, L. (2006). Kapitel 5: Informationssökning. Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (s.45-70). Lund: Studentlitteratur

## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MeSH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
4/4-11	Cinahl	Euthanasia AND nurses AND attitudes AND views	Human, peer-review, year 2000-2010, all adult, english	All text Headings: Euthanasia	8	Svarade ej på syftet.	5 st. valdes ut för läsning, varav 1 st. till resultatet.
4/4-11	Cinahl	Nurs* AND attitudes AND terminal AND euthanasia AND active	Human, peer-review, year 2000-2010, all adult, english	All text Headings: Euthanasia	3	Svarade ej på syftet	1 identisk från tidigare sökning. 3 st. valdes ut för läsning, varav 1 st. till resultatet
4/4-11	Cinahl	Nurs* AND assisted-suicide AND terminal AND euthanasia AND acceptability	Human, peer-review, year 2000-2010, all adult, english	All text Headings: Euthanasia	1		1 st. till resultatet.
4/4-11	Cinahl	Nurses AND euthanasia AND active	Human, peer-review, year 2000-2010, all adult, english	Abstract Headings: Euthanasia	7	Svarade ej på syftet	2 identiska från tidigare sökning. 3 st. valdes ut för läsning, varav 2 st. till resultatet.
6/4-11	PubMed	Nurses AND attitudes AND euthanasia AND care AND views	Human, english, last 10 years, adults 19 years +	All fields MeSH-term: Nurses, attitude, euthanasia, humans, adult	9	Svarade ej på syftet	1 identisk från tidigare sökning. 3 st. till resultatet.

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MeSH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
6/4-11	PubMed	Nurses attitudes AND euthanasia AND involvement	Human, english, last 10 years, adults 19 years +	All fields MeSH-term: Nurses, attitude, euthanasia, humans, adult	12	Svarade ej på syftet, 1 var review	2 st. identisk från tidigare sökning. 4 st. till resultatet.
6/4-11	PubMed	Nurse AND attitudes AND euthanasia AND physician-assisted	Human, english, last 10 years, adults 19 years +	All fields MeSH-term: Nurses, attitude, euthanasia, humans, adult	12	Svarade ej på syftet	1 identisk från tidigare sökning. 5 st. till resultatet.
25/4-11	PsykINFO	Nurses AND euthanasia AND active	Human, english only, from year 2000, adulthood and older	Abstract	1		1 st. till resultatet.
27/5-11	PsykINFO	Nurses AND euthanasia AND active	Human, english only, from year 2000, adulthood and older	Abstract	5	Svarade ej på syftet.	4 identiska från tidigare sökning.

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
De Bal, N., Dierckx de Casterlé, B., De Beer, T. & Gastmans, C.  Belgien 2001-2002  Nr. 1	Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study	Syftet var att undersöka hur sjuksköterskors delaktighet i omvårdnaden för patienter som önskar eutanasi.	Sammanlagt intervjuades 15 sjuksköterskor, av dessa var fem manliga. Intervjuerna var semistrukturerade och utfördes enskilt.	Denna kvalitativa studie använde GT för att analysera data.	Sjuksköterskorna ansåg med tanke på den intensiva delaktigheten i omvårdnaden att det var en upplevelse med mycket känslor inblandade och en känsla av hjälplöshet. Ett flertal delar bidrog till att ssk blev frustrerade i konflikt med deras delaktighet. Sjuksköterskorna inställning berodde till stor del på deras moraliska värderingar.	HÖG KVALITET  Välskrivna metod. Resultatet svarade väl till syftet.
Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, N. & Gastmans, C.  Belgien 2005-2006  Nr. 2	Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium.	Syftet var att undersöka sjuksköterskors involverande i vård processen för patienter som önskar eutanasi.	18 sjuksköterskor, varav fem manliga, från nio olika sjukhus i fem olika provinser deltog i djupgående intervjuer.	Denna kvalitativa studie använde GT för att analysera data.	Sjuksköterskor upplevde att vårdprocessen där patienter önskade eutanasi var komplexa och dynamiska. Resultatet presenterades i sju olika steg: Perioden innan förfrågan. Förfrågan. Beslutfattandet. Före eutanasi skedet. Utförandet av eutanasi. Eftervården. Perioden av senare eftervård.	HÖG KVALITET  Väl beskriven metod. Resultatet svarade på syftet.

<p>Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, N. &amp; Gastmans, C.</p> <p>Belgien 2005-2006</p> <p>Nr. 3</p>	<p>"It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia.</p>	<p>Syftet var att utforska sjuksköterskors erfarenheter i vård av patienter som begär dödshjälp.</p>	<p>18 sjuksköterskor, varav fem manliga, från nio olika sjukhus i fem olika provinser deltog i djupgående intervjuer.</p>	<p>Denna kvalitativa studie använde GT för att analysera data.</p>	<p>Sjuksköterskor hade en betydande roll då patienter efterfrågade dödshjälp. Tre dominanta huvudkategorier presenterades i resultatet: "Intensivt", var den ledande känslan från sjuksköterskan, inte bara på en emotionell nivå. Sjuksköterskan upplevde utveckling av deltagandet under processen. Stödja och försvårande faktorer som antingen gjorde upplevelsen positiv eller negativ.</p>	<p>MEDEL KVALITET</p> <p>Väl beskriven metod. Resultat med många citat, lite svår att få en tydlig struktur.</p>
<p>Dierckx de Casterlé, B., Verpoort, C., De Bal, N. &amp; Gastmans, C.</p> <p>Belgien 2001-2002</p> <p>Nr. 4</p>	<p>Nurses' views on their involvement in euthanasia: A qualitative study in Flanders (Belgium).</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors involverande i processen med dödshjälp.</p>	<p>12 sjuksköterskor, varav en manlig, från tre olika palliativa enheter deltog. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Denna kvalitativa studie använde GT för att analysera data. De intervjuade var anonyma och efter resultatet blivit sammanställt blev materialet förstört.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att de hade en betydande roll i processen från början till slut. Resultatet uppdelades i fyra olika kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muntlig önskan om dödshjälp.</li> <li>- Deltagandet i beslutsprocessen.</li> <li>- Deltagandet i utförandet av dödshjälp.</li> <li>- Stöd till anhöriga och kollegor.</li> </ul>	<p>HÖG KVALITET</p> <p>Väl beskriven metod. Resultatet svarade på syftet. Dock var det bara en manlig sköterska.</p>



<p>Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. &amp; Deliens, L.</p> <p>Belgien 2007.</p> <p>Nr. 5</p>	<p>Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders (Belgium).</p>	<p>Syftet var att undersöka skillnaderna i attityderna mellan sjuksköterskor som har olika sociodemografiska och arbetsrelaterade karaktär om deras roll i avgörandet av att avsluta eller fortsätta med behandling.</p>	<p>Ett randomiserat urval på 6000 sjuksköterskor som fick utskickat ett frågeformulär. I slutändan var det drygt hälften, 3327 sjuksköterskor som svarade på den. Undersökningen var rikstäckande.</p>	<p>Denna kvantitativa studie använde sig av beskrivande statistik. Dessa presenterades i fem svars-kategorier som sedan bearbetades till tre huvudkategorier och procentsatser som presenterades i deras resultat.</p>	<p>93% av sjuksköterskorna ansåg att det var rätt att avsluta behandling som förlänger livet, detta med beslut om att lindra symtom och som biverkning att förkorta livet (96%). Det var skillnad på om sjuksköterskan hade vårdat dödsjuka patienter eller inte. De ansåg också att de hade en nyckelroll i administrationen av läkemedlet. Sjuksköterskornas religion hade också stor påverkan på deras tycke.</p>	<p>HÖG KVALITET</p> <p>Välskriven metod. Väldigt bra och utförligt resultat med tabeller som gör det lättare att förstå.</p>
<p>Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. &amp; Deliens, L.</p> <p>Belgien 2007.</p> <p>Nr. 6</p>	<p>Attitudes of nurses' towards euthanasia and towards their role in euthanasia: A nationwide study in Flanders, Belgium.</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors attityder till dödshjälp och deras roll i det, samt finna möjliga relationer till deras sociodemografiska och arbetsrelaterade karaktär.</p>	<p>Ett randomiserat urval på 6000 sjuksköterskor som fick utskickat ett frågeformulär. I slutändan var det drygt hälften, 3321 sjuksköterskor som svarade på den. Undersökningen var rikstäckande.</p>	<p>Kvantitativ studie. Svaren till frågorna analyserades och delades in olika kategorier beroende på sambandet mellan de olika svaren.</p>	<p>92% av sjuksköterskorna accepterade dödshjälp till de som var svårt sjuka med extrem okontrollerad smärta eller andra symtom. 61% trodde att sannolikheten om förfrågan angående dödshjälp skulle komma till dem istället för till en läkare. 33% skulle inte iordningställa läkemedlet medan 43% skulle göra det. Den religiösa inställningen hade en stor påverkan på deras åsikt i sammanhanget.</p>	<p>HÖG KVALITET</p> <p>Välskriven metod. Väldigt bra och utförligt resultat med tabeller som gör det lättare att förstå, även bra indelning i texten.</p>

<p>Verpoort, C., Gastmans, C. &amp; Dierckx de Casterlé, B.</p> <p>Belgien 2001-2002</p> <p>Nr. 7</p>	<p>Palliative care nurses' views on euthanasia.</p>	<p>Syftet var att undersöka vad sjuksköterskor inom palliativa enheter anser om eutanasi.</p>	<p>12 sjuksköterskor, varav en manlig, från tre olika palliativ enheter deltog i semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Denna kvalitativa studie använde GT för att analysera data.</p>	<p>Majoriteten av sjuksköterskorna var varken för eller emot eutanasi och deras syn skiftade tydligt beroende på situation. Både motstånd och acceptans fanns då det handlade om livskvalitet och respekt för patientens autonomi. Fysisk och psykisk smärta kunde påverka åsikterna.</p>	<p>HÖG KVALITET</p> <p>Väl beskriven metod. Resultatet svarade väl till syftet.</p>
<p>Van Bruchem-van de Scheur, A., Van der Arend, A., Huijjer Abu-Saad, H., Van Wijmen, F., Spreeuwenberg, C. &amp; Ter Meulen, R</p> <p>Nederländerna 2003</p> <p>Nr. 8</p>	<p>Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: The role of the nurses.</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskans roll i eutanasi och läkarassisterad suicid på sjukhus.</p>	<p>532 sjuksköterskor från 73 olika sjukhus medverkade i enkätstudien. Enkäten innehöll öppna svars kategorier och frågor.</p>	<p>Kvantitativ studie. Svaren spelades in på en textfil som därefter kodades att möjliggöra analys.</p>	<p>Nästan hälften av sjuksköterskorna svarade att de var de som fick förfrågan från patienten. 15,4% visade att sjuksköterskan själv administrerade och utförde eutanasi.</p>	<p>HÖG KVALITET</p> <p>Välskriven metod och resultat. Bra diskussion.</p>

<p>Van Bruchem-van de Scheur, G G., Van der Arend, A J.G., Spreuwenberg, C., Huijer Abu-Saad, H. &amp; Ter Meulen, H.J R.</p> <p>Nederländerna 2003</p> <p>Nr. 9</p>	<p>Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurs.</p>	<p>Syftet var att undersöka distriktssköterskors roll i eutanasi och läkarassisterad suicid i hemsjukvården, som en del av studien även undersöka sjuksköterskors roll i medicinska beslut.</p>	<p>408 sjuksköterskor från 104 hemsjukvårds distrikt medverkade i denna studie. Frågeformulär användes.</p>	<p>Kvantitativ studie. Frågeformuläret var uppdelat i två delar för att underlätta analysen till resultatet. Formuläret innehöll öppna frågor, svaren till dessa spelades in i en textfil som sedan analyserades utifrån GT.</p>	<p>I 351 av de fall som var med i undersökningen hade patienten efterfrågat eutanasi eller läkarassisterat suicid, 73 av dessa hade frågat efter detta innan de träffat DSK och uteslöts. Varför patienten frågade DSK om eutanasi eller PAS menade de att det berodde på ett personligt förhållande och att tilliten till andra verksamheter var mindre. När dsk fått förfrågan rekommenderade de flesta att patienten skulle prata med sin läkare om det istället.</p>	<p><b>HÖG KVALITET</b></p> <p>Bra metod, lätt förståelig. Resultatet svarar bra på syftet och det är enkelt. Uppspaltat med tydliga rubriker och bra tabeller.</p>
<p>Van Bruchem-van de Scheur, A., Van der Arend, A., Van Wijmen, F., Huijer Abu-Saad, H. &amp; Ter Meulen, R.</p> <p>Nederländerna 2001-2004</p> <p>Nr. 10</p>	<p>Dutch nurses attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide</p>	<p>Syftet var att undersöka rollen, uppfattningar, ansvar och problem som sjuksköterskor möter på i medicinska beslut vid livets slut för att bistå den nederländska regeringen om lagstiftning och politiska beslutsfattandet om rollen som sjuksköterskor.</p>	<p>Undersökningen hade en kvalitativ bit där sjuksköterskor intervjuades, denna del var inte så användbar då begränsningar av nummer och räckvidd användes. Totalt medverkade 1172 sjuksköterskor i enkätundersökningen. Enkäten innehöll ett stort antal öppna svars kategorier och frågor.</p>	<p>Kvalitativ studie. Svaren spelades in i en textfil som därefter numeriskt kodades för att möjliggöra analys.</p>	<p>Resultat visa att mindre än hälften (45%) av sjuksköterska skulle vara beredd att granska fall av dödshjälp och PAS. Mer än hälften av sjuksköterskor (58,2%) ansåg att det är alltför långtgående att tvinga läkare att rådgöra med sjuksköterska i beslutsprocessen. Majoriteten av sjuksköterskorna (62,9%) motsatte sig till att förbereda dödshjälp. 54.1% motsatte sig till att sjuksköterskan inte borde ha som arbetsuppgift att sätta infusions nål där eutanasi skulle utföras.</p>	<p><b>MEDEL KVALITET</b></p> <p>Bra och utförlig bakgrund och metod. Kort resultat som visades upp i tabeller. Lång diskussion.</p>

## Frågeformulär för kvalitativa artiklar

- |   |               |
|---|---------------|
| • Är designen lämplig för att besvara frågeställning och syfte?               | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är urvalskriterierna tydligt beskriva?                                      | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är undersökningsgruppen lämplig?  | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är fältarbetet tydligt beskrivet? (Vem, var och hur)                        | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är data systematiskt samlad?  | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är analys och tolkning av resultat diskuterat?                              | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är resultatet trovärdigt?   | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är resultatet pålitligt?  | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är fenomenet konsekvent beskrivet?  | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är resultatet presenterat för undersökningsgruppen?                         | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är tolkningar och teorier refererade till den insamlade data som erhållits? | JA/NEJ/VET EJ |
| • Finns det en röd tråd genom artikeln?                                       | JA/NEJ/VET EJ |
| • Stöder insamlad data forskarens resultat?                                   | JA/NEJ/VET EJ |
| • Har resultatet klinisk relevans?  | JA/NEJ/VET EJ |
| • Diskuteras brister och eventuella risk för bias?                            | JA/NEJ/VET EJ |
| • Håller du med om slutsatserna?  | JA/NEJ/VET EJ |

(Modifiering av Forsberg & Wengström, 2010)

## Frågeformulär för kvantitativa artiklar

- |  |               |
|--|---------------|
| • Är frågeställning och syfte klart och tydligt beskrivna? | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är designen lämplig utifrån syftet?                      | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är undersökningsgruppen representativ?                   | JA/NEJ/VET EJ |
| • Är reliabiliteten beräknad?                              | JA/NEJ/VET EJ |
| • Var validiteten diskuterad?                              | JA/NEJ/VET EJ |
| • Var genus och ålder representerat?                       | JA/NEJ/VET EJ |
| • Fanns en bortfallsanalys?                                | JA/NEJ/VET EJ |
| • Var analysmetoden lämplig?                               | JA/NEJ/VET EJ |
| • Erhölls en signifikant skillnad?                         | JA/NEJ/VET EJ |
| • Håller du med om författarnas slutsatser?                | JA/NEJ/VET EJ |
| • Skulle du säga att resultatet kan generaliseras?         | JA/NEJ/VET EJ |
| • Anser du att resultatet har en klinisk betydelse?        | JA/NEJ/VET EJ |

(Modifiering av Forsberg & Wengström, 2010)