

Hosana Paulos 10083  
Live Roald Trå 10032  
Hilde Irene Raknes 10127

## **Eu, thanatos "Den gode død"**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti  
Mai 2022



Hosana Paulos 10083  
Live Roald Trå 10032  
Hilde Irene Raknes 10127

## **Eu, thanatos** **"Den gode død"**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Tittel:	Eu, thanatos "Den gode død"	Dato: 20.05.2022
Forfatter(e):	Hosana Paulos Live Roald Trå Hilde Irene Raknes	
Veileder(e):	Wenche Bergseth Bogsti	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk.):	Eutanasi, Holdninger, Sykepleie	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	
44/10 421		
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p><b>Bakgrunn:</b> Eutanasi er noe som kommer jevnlig opp i mediene og skaper mye debatt. Eutanasi er noe som ikke er tillatt i Norge og dette kan sees i forhold til lover og sykepleiers yrkesetiske retningslinjer. Holdninger er noe man har med seg gjennom hele livet og det blir påvirket av omgivelsene.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hvordan sykepleiere møter pasienter med eutanasioforespørsel, og hvilken måte blir holdningene påvirket. Oppgaven vil være med å belyse eutanasi som et samtaletema i Norge.</p> <p><b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie, det er gjort søk i ulike databaser for å finne vitenskapelige artikler som bidrar til å svare på problemstillingen. De vitenskapelige artiklene bruker både kvalitativ og kvantitativ metode.</p> <p><b>Resultat:</b> De funnen som kommer frem i de vitenskapelige artiklene viser at holdningen påvirkes av livssituasjonen man befinner seg i. Eksempler på dette er sivilstatus, om man har barn og om man er religiøs. Flere av sykepleierne i studiene la vekt på autonomi og at pasienten skulle få en verdig død.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Oppgavens sammenfattede resultat viser at sykepleiere har et ambivalent forhold til eutanasi. Pasientens autonomi står sterkt, men loven går imot og den veier tyngst. Om sykepleiere møter pasienter med spørsmål om eutanasi kan de oppleve det som et vanskelig tema, men at de synes det er viktig at det snakkes om.</p>		

## Abstract

Title:	Eu, thanatos "The good death"	Date: 20.05.2022
Authors:	Hosana Paulos Live Roald Trå Hilde Irene Raknes	
Supervisor(s):	Wenche Bergseth Bogsti	
Keywords (3-5):	Euthanasia, Attitudes, Nurses	
Number of pages/words: 44/10 421	Number of appendix: 0	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><b>Background:</b> Euthanasia is something that regularly appears in the media and creates a lot of debate. Euthanasia is not allowed in Norway because of the laws and nurses' professional ethical guidelines. Attitudes are something which one carries through one's entire life and it is affected by the environment.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this thesis is to study how nurses handle patients with euthanasia requests, and how nurse's attitudes are affected. The thesis will help to shed light on euthanasia as a topic of conversation in Norway.</p> <p><b>Method:</b> The thesis is a literature study, various databases were used to find scientific articles which help answer the issue. The scientific articles used, are both methodically qualitative and quantitative.</p> <p><b>Result:</b> The findings that emerge in the scientific articles show that attitudes are influenced by the life situation one is in. For example, such as marital status, whether one has children and whether one is religious. Several of the nurses in the studies emphasized autonomy and that the patient should receive a dignified death.</p> <p><b>Conclusion:</b> The summary results of the thesis show that nurses have an ambivalent relation to euthanasia. The patients' autonomy stands strong, but the law is against euthanasia, and the law is final. If nurses encounter patients with questions about euthanasia, they may experience it as a difficult topic, but they feel it is important to talk about it.</p>		

## Innholdsfortegnelse:

Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
1.0 Innledning.....	4
2.0 Bakgrunn .....	5
2.1 Aktiv dødshjelp .....	5
2.2 Palliativ behandling og passiv dødshjelp.....	5
2.3 Loven i Norge.....	6
2.4 Aktiv dødshjelp i andre land.....	7
2.5 Holdninger.....	8
2.6 Etikk .....	9
2.7 Kari Martinsen .....	10
2.8 Hensikt med studien.....	11
2.9 Avgrensning.....	11
2.10 Problemstilling.....	11
3.0 Metode .....	12
3.1 Litteraturstudie.....	12
3.2 PICO .....	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.4 Søkematrise.....	14
3.5 Analyse .....	16
4.0 Resultat.....	17
4.1 Resultatpresentasjon.....	17
4.2 Sammenfattede resultat .....	23
5.0 Drøfting.....	27
5.1 Livssituasjoner .....	27
5.2 Autonomi og verdig død.....	32
5.3 Kritisk refleksjon .....	38
6.0 Konklusjon .....	39
7.0 Litteraturliste.....	41

## 1.0 Innledning

Det er mye diskusjon i Norge om aktiv dødshjelp og det kommer jevnlig oppslag i mediene som omhandler dette. I 2020 skrev NRK om Torgeir på 24 år som dro til Sveits for å avslutte livet sitt. Torgeir led av en sjelden sykdom som det ikke finnes noe kurativ behandling for. Sykdommen førte til at Torgeir sin funksjon ble mer og mer redusert. Han klarte ikke å gå, fikk problemer med å snakke og til slutt klarte han ikke engang å løfte sin egen hånd, men det kognitive var upåvirket. Torgeir hadde da bestemt at han ikke ville leve lenger (Skeie, 2020).

Ut ifra egne erfaringer har vi møtt pasienter som har et ønske om å fremskynde døden. De har uttrykt et strev i å stå opp hver dag og en skuffelse over at de våkner om morgen. Vi har sett hvordan de både fysisk og psykisk blir belastet av dette, og de har flere ganger uttalt at de ikke lenger ønsker å leve. Selv om autonomien er noe som det norske helsevesenet legger vekt på, får ikke pasienter i Norge lov til å bestemme selv når og hvordan de dør (Brinchmann, 2016a). I sykepleieutdanningen vår har vi lært lite eller ingenting om eutanasi. Dette gjør oss lite forberedt på å møte pasienter som har spørsmål knyttet til eutanasi, og mye usikkerhet rundt hvordan man skal håndtere en slik situasjon. Vi har reflektert mye på hvilken kunnskap sykepleiere skal tilegne seg for å møte denne pasientgruppen på en god måte.



## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Aktiv dødshjelp

Aktiv dødshjelp er en praksis som omhandler at en døende pasient har uttrykt et ønske om å dø og at en eller flere imøtekommer dette ønske. Aktiv dødshjelp er et flertydig begrep og det kan beskrives som en praksis hvor man fjerner smerte (Birkler, 2015). Begrepet aktiv dødshjelp kan deles inn i to kategorier, eutanasi og assistert selvmord. Eutanasi betyr at man tar livet av en pasient på oppfordring fra pasienten og at dette er pasientens ønske (Moen og Sterri, 2019). Eutanasi er et begrep som stammer fra gresk (eu, thanatos) og kan oversettes til «god død» (Birkler, 2015). Assistert selvmord betyr at en lege legger til rette for at pasienten kan ta sitt eget liv (Moen og Sterri, 2019).

### 2.2 Palliativ behandling og passiv dødshjelp

Livsforlengende behandling er noe som kan tilbys til pasienter i Norge når det ikke lenger eksisterer noe helbredende behandling. Et eksempel på livsforlengende behandling er at det iverksettes hjerte- og lungeredning (Helsedirektoratet, 2013). Dette fører til viktige spørsmål rundt om man skal begynne med livsforlengende behandling og når man eventuelt skal avslutte denne behandlingen. Før man eventuelt avslutter livsforlengende behandling må palliasjon og nødvendige pleietiltak være planlagt og iverksatt (Helsedirektoratet, 2013). Helsebiblioteket (u.å.) definerer palliasjon som en behandling for pasienter med uhelbredelig sykdom, og en viktig del av dette er lindring av smerte og plagsomme symptomer. Å begrense livsforlengende behandling er en form for passiv dødshjelp (Materstvedt, 2005). Passiv dødshjelp handler om at man enten avslutter eller unnlater videre behandling av en døende pasient. Det kan også innebære at man gir en pasient så høye doser av smertelindrende preparater at dette kan være en risiko for overdose og tidligere død (Materstvedt, 2005). Birkler (2015) forteller også at passiv dødshjelp kan forklares som å la pasienten dø.

### 2.3 Loven i Norge

Eutanasi betyr som nevnt tidligere at man tar livet av et annet menneske med samtykke. Fra Straffeloven (2005) § 275 står det at den som dreper en annen straffes for dette. Fra § 276 står det at om man dreper noen med samtykket så kan man få en mildere straff. Eutanasi er altså ulovlig i Norge. Assistert selvmord er også ulovlig, det kan sees fra § 277 i straffeloven hvor det står at man straffes for å medvirke til selvmord (Straffeloven, 2005). Fra § 4-9 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at i Norge er det lov å nekte livsforlengende behandling.

I stortingsmelding nr. 24 *“Lindrende behandling og omsorg - vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve”* skriver de om å kunne utvide selvbestemmelsesretten for de som er alvorlig syke. Dette handler om å justere plikten til å gi øyeblikkelig hjelp mot pasientens ønske. Regjeringen ønsker å styrke brukermedvirkning i gjennomføring av lindrende behandling, samt at pasientene i større grad får velge hvor de vil motta lindrende behandling og hvor de ønsker å dø. Det kommer også frem i stortingsmeldingen at dersom det er pasienter som lider av alvorlig sykdom som ønsker å avslutte livet, så arbeider Regjeringen med en ny handlingsplan om forebygging av selvmord. Stortingsmeldingen nevner også at man kan finne informasjon fra Helsedirektoratet på [helsenorge.no](http://helsenorge.no) om hvor mennesker med selvmordstanker kan søke hjelp (Meld. St. 24 (2019-2020)).

## 2.4 Aktiv dødshjelp i andre land

Nederland er det første landet i verden som legaliserte aktiv dødshjelp i 2001 og Belgia legaliserte dette i 2002 (Materstvedt, 2005). Selv om Nederland er det første landet i verden som har legalisert aktiv dødshjelp, er dette noe man kan si har vært tillatt i Sveits siden 1942. Dette er fordi det har vært tillatt å assistere selvmord. De store forskjellene er altså at det ikke er lov til å drepe en pasient, men man kan assistere med selvmord. Birkler (2015) skriver om at aktiv dødshjelp derimot ikke er lovlig i Sveits, men man blir kun straffet om det er den samme som assisterer og utfører handlingen. Det vil altså si at pasienten selv må kunne utføre handlingen og det utelukker noen pasienter med spesielle sykdommer som for eksempel lammelse. I motsetning til både Nederland og Belgia er det ikke noe krav om at den som assisterer ved selvmordet er en lege, men det er en lege som må ha forskrevet medikamentene. I Sveits er det også tillatt for utenlandske statsborgere å få assistert selvmord (Birkler, 2015).

Fra 2012 er det blitt etablert mobile team i Nederland som gjør at eutanasi kan utføres i pasientens hjem (Birkler, 2015). Om det er slik at pasientens ønske om dødshjelp blir imøtekommet så får han eller hun tre ulike medikamenter. Disse medikamentene er et sterkt smertestillende, et sterkt sovemiddel og et medikament som utøver lammelse av hjertefunksjon eller respirasjonen (Materstvedt, 2005). I 2021 godkjente Sveits bruken av en dødshjelpsmaskin, kalt "Sarco". Den ble lansert i 2018 av den australske legen og dødshjelpsaktivisten, Philip Nitschke (Selbekk, 2018). Dette er en maskin som tillater at pasienten selv kan avslutte livet sitt. Pasienten blir liggende inne i maskinen formet som en kapsel og svarer på noen spørsmål ved å trykke på knapper. Etter hvert senkes oksygenivået i kapselen og det fører til at pasienten dør av oksygen- og karbondioksidmangel. Denne prosessen tar under 30 sekunder, det fører til at pasienten føler seg desorientert og euforisk før en mister bevisstheten (Menneskeverd, u.å.). Eufori er en følelse av lykke eller begeistring, men kan også forklares som lykkerus (NAOB, u.å.).

## 2.5 Holdninger

Når sykepleiere møter pasienter, har de med seg ulike holdninger i dette møte. "En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser" (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger er noe man bærer med seg hele tiden. Det kan være vurderende eller dømmende i en positiv eller negativ retning. Å endre sin egen holdning kan være vanskelig, ettersom holdninger er noe som skapes over tid. Holdninger kan ses ut ifra tre aspekter: det tankemessige, følelsesmessige og atferdsmessige. Det tankemessige går ut på synspunktene og tankene våre som dannes av det vi hører, ser og oppfatter fra miljøet rundt oss. Både erfaringer og opplevelser grupperes ofte sammen slik at en danner seg meninger og kunnskaper til ulike temaer. Det følelsesmessige aspektet er reaksjonen som utløses av enten positive eller negative følelser. Empati og respekt er eksempler på positive følelser som kan utløses, mens frykt og avsky kan være eksempler på negative følelser. Det siste aspektet i begrepet holdninger handler om det atferdsmessige som går ut på hvordan vi reagerer og handler, i tillegg til tanker og følelser knyttet til et tema. Ved det atferdsmessige aspektet kommer våre holdninger tydeligst til uttrykk (Håkonsen, 2014).

En studie av Magelssen *et al.* (2016) utført på norske statsborgere, kom frem til at flertallet av befolkningen var for legalisering av aktiv dødshjelp for pasienter som var terminale eller kronisk syke. 75,8% var for når det gjaldt legeassistert selvmord for terminal syke, og et flertall på 51,4% for assistert selvmord for kronisk syke. En studie utført av Gaasø *et al.* (2019) har tatt for seg norske legers holdninger til eutanasi hvor funnene viser at flertallet er motstandere av aktiv dødshjelp. En tidligere review (oversiktsartikkel) av Cayetano-Penman, Malik og Whittall (2021) hevder at det er blandede meninger om eutanasi og at det finnes sykepleiere som både er positive og negative til dette. Noen av grunnene til den positive holdningen og/eller støtte var at pasientene hadde en ekstrem og ukontrollerbare smerter eller lidelse, det var lovlig og at pasienten hadde en rett til å dø. Negative og/eller ikke-støttende holdninger kom fra blant annet religion, kjønnsroller og dårlig palliativ behandling. Holdningen ble også påvirket av personlige og profesjonelle perspektiver.

## 2.6 Etikk

Norsk legeförening og Norsk sykepleierforbund støtter forbudet mot aktiv dødshjelp (Ranhoff, Brodtkorb og Kirkevold, 2008). Norsk Sykepleierforbund (u.å.) skriver om de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og der står det blant annet at en sykepleier ikke skal bidra til aktiv dødshjelp (eutanasi) eller selvmord.

De fire etiske prinsippene ble laget av en gruppe med ulike religiøse, politiske og etiske grunnholdninger. Dette er noe som er viktig når en skal løse kompliserte etiske spørsmål innen sykepleien. De etiske prinsippene består av velgjørenhet, autonomi, ikke skade og rettferdighet. Velgjørenhetsprinsippet handler om å gjøre godt mot andre, mens ikke skade prinsippet handler om å ikke skade andre. Disse to prinsippene henger tett sammen og kan derfor betraktes som to sider av samme sak. Prinsippet om rettferdighet handler om retten til likbehandling. Det siste prinsippet autonomi handler om retten til å bli informert og velge selv. Dette er noe som står veldig sterkt i det norske helsevesenet. Pasientens rett til en autonom beslutning er både en etisk og en juridisk rettighet (Brinchmann, 2016a).

Empowerment er et begrep uten noe god norsk oversettelse, men kan forstås som "bemyndigelse" eller "myndiggjøring". Prinsippet empowerment handler om at man henter tilbake makten i sitt liv. Det som er viktig med dette begrepet er at denne makten ikke nødvendigvis er noe man får, men noe man selv skal ta styring over (Norvoll, 2019a). Empowerment kan knyttes til individer eller grupper som har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de har kommet ut av denne avmakten (Norvoll, 2019b). Avmakt kan beskrives som når man er i en situasjon der man ikke ser noe utvei, midler eller mulighet til å få endret sin situasjon eller til å motsette seg andres vilje. Avmakten er sterkest i en avhengighetssituasjon og man er da overlatt til den mektigste avgjørelse. En som er i en avmaktssituasjon kan oppleve seg nedverdiggende og angstprovoserende (Norvoll, 2019b).

## 2.7 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og filosof. Hun har skrevet flere bøker om sykepleie og omsorg og har utviklet en omsorgsteori. Noe av det Martinsen (2003) fremhever er at omsorg kan beskrives som et ontologisk fenomen, dette betyr at det er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Martinsen (2003) har fremhevet tre aspekter ved omsorgsbegrepet og det er at omsorg er et relasjonelt begrep, moralsk begrep og situasjonsbetinget. Det at omsorgsbegrepet er relasjonelt, altså mellom to mennesker betyr blant annet ifølge Martinsen (2003) at man må forstå den andres situasjon for å kunne handle omsorgsfullt. Det at omsorg er moralsk handler om at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Det at omsorg er situasjonsbetinget handler om at det er konkrete handlinger og de krever en begrunnelse og denne skal bygge på sykepleiers faglige og etiske vurdering av situasjonen (Kirkevold, 1998).

## Kommunikasjon

Eide og Eide (2017) skriver at sykepleie baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for pasientens grunnleggende rettigheter. Dette er verdier som kommer til syne gjennom god kommunikasjon både med pasienter og pårørende. De skriver også om kommunikasjon og empati. Empati handler om evnen til å oppfatte hva en annen person føler og tenker. Dette er en form for bekreftende kommunikasjon. Det å lytte til noen kan føre til trygghet og tillit. Å lytte aktivt handler om å være åpne og lyttende, men også bruke andre kommunikasjonsformer som for eksempel å stille åpne spørsmål og vise at man hører, ser og forstår det pasienten snakker om. Det handler også om å vise oppmuntring til det pasienten sier, henvender seg mot han og speiler han for å vise at man forstår (Eide og Eide, 2017).

## 2.8 Hensikt med studien

Denne oppgaven tar for seg temaet eutanasi og assistert dødshjelp. Dette er noe som ikke er lovlig eller tilbys i Norge. Selv om assistert dødshjelp ikke er tillatt i Norge så har pasienter mulighet til å dra til Sveits for å avslutte livet sitt. Vi ønsker å se på holdningene til sykepleiere rundt spørsmålet om eutanasi og assistert dødshjelp når denne behandlingen ikke tilbys i Norge. Som sykepleierstudenter er vi interessert i hvordan man skal møte pasienter som har et ønske om å dø. Vi ønsker å få en bevissthet på holdningene som sykepleiere har til dette tema og hvordan dette kan påvirke sykepleiebehandlingen. Prinsippet om autonomi er noe som står sentralt i norsk helsevesen, men ved livets slutt er loven tydelig på at pasienten ikke får fremskynde døden.

## 2.9 Avgrensning

Denne oppgaven kommer til å belyse holdninger hos sykepleier til eutanasi i land hvor dette er tillatt og ikke tillatt. Palliasjon er noe som nevnes i oppgaven siden dette er det alternativet som tilbys i Norge. Denne oppgaven tar for seg voksne som er over 18 år med en uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Oppgaven tar for seg sykepleie generelt og ikke i en bestemt helsesektor. For å kunne forstå holdningene sykepleiere har til aktiv dødshjelp er det brukt faglitteratur fra land som ikke er så ulikt Norge. Begrepene eutanasi, aktiv dødshjelp, legeassistert selvmord og passiv dødshjelp blir brukt gjennom oppgaven. I denne oppgaven blir alle som mottar helsehjelp definert som pasienter.

## 2.10 Problemstilling

I lys av bakgrunnen vil denne oppgaven ta for seg følgende problemstilling:

*Hva påvirker sykepleiers holdninger til eutanasi og hvordan kan dette utspille seg i møte med pasienter?*

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av forskning som allerede eksisterer innenfor et spesifikt tema eller fagfelt. Hensikten med en slik studie er å kunne få et grunnlag om et spesifikt tema og at man da skal bli ekspert på dette (Persson og Persson, 2021). Litteraturstudiet handler om å finne temaer som inngår i problemstillingen og tilslutt sammenfatte dette skriftlig slik at man kan belyse temaene i problemstillingen (Grønseth og Jerpseth, 2019). De ulike metodene som er brukt i benyttende vitenskapelige artiklene i oppgaven er enten kvalitativ eller kvantitativ metode. Thidemann (2019) skriver at kvantitativ data er målbare og objektive data som kan forklares som faktakunnskap. Metoden som brukes er ofte et spørreskjema. Kvalitativ metode derimot er humanvitenskapelig og kan beskrives som forstående. Hensikten er at man skal kunne få tak i holdninger, tanker og forventinger. Metoden som brukes er intervju (Thidemann, 2019).

Vi har gått ut i fra Grønseth og Jerpseth (2019) i fremgangsmåten vår for oppgaven. Først fant vi et tema som vi var interessert i, deretter undersøkte vi faglitteratur rundt temaet. Videre ble det gjort noen enkle søk i ulike databaser for å undersøke om det fantes forskningsartikler om eutanasi. Deretter ble temaet avgrenset, og det ble lagd mulige forslag til hva vi kunne ha som problemstilling. Med mulige problemstillinger fant vi relevant teori som kunne brukes for å belyse problemstillingen (Grønseth og Jerpseth, 2019). I metodekapittelet lette vi etter litteratur i form av forsknings- og faglitteratur i databaser og disse funnene ble vurdert kritisk. Resultatene fra litteraturgjennomgangen ble presentert i resultatkapittelet i oppgaven. Videre ble det presentert et sammenfattet resultat som er det samlede resultatet fra de ulike vitenskapelige artiklene som ble valgt. Til slutt så vi på valgt problemstilling og sammenfatning av resultatene opp mot teorien som er valgt. Dette dannet da drøftingen av oppgaven (Grønseth og Jerpseth, 2019).



### 3.2 PICO

Ifølge Grønseth og Jerpseth (2019) bør det benyttes et PICO-skjema før man utfører det strukturerte søket for å finne vitenskapelige artikler. PICO-skjema er et verktøy som brukes for at problemstillingen blir delt opp på en god måte. PICO gjør det enklere å avklare hvem eller hva problemstillingen handler om, tiltak som undersøkes og hvilke resultat man er interessert i. Det er også et godt hjelpemiddel for å identifisere og organisere søkeord. Vi har også valgt å oversette disse søkeordene til engelsk i PICO for å lette søkeprosessen. Skjemaet er også til god hjelp for å klargjøre eksklusjons- og inklusjonskriterier. Denne oppgaven har ikke fokus på å sammenligne, derfor har vi valgt å bruke et PICO skjema, uten C som står for "comparison".

**Tabell 1:** PICO-skjema

	Norsk	Engelsk (Mulige søkeord)
P: Population/patient/ problem	Sykepleiere Dødssyk (døende pasienter)	Nurses Terminally ill
I: Intervention	Aktiv dødshjelp (Eutanasi) Aktiv frivillig dødshjelp Passiv eutanasi	Euthanasia Active Euthanasia Euthanasia, Active, Voluntary
I	Palliativ pleie Palliativ sykepleie (Hospice-sykepleie)	Palliative care Terminal care Hospice and palliative care nursing
O: Outcome	Holdninger Holdning til døden Helsepersonellens holdning	Attitude Attitude to death Attitude of health personnel

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er kriterier som er valgt for å kunne svare best mulig på problemstillingen. Det gjorde det lettere å følge søkestrategien samt sikre god kvalitet på de artiklene som ble valgt (Grønseth og Jerpseth, 2019).

**Tabell 2:** Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>- Helst ikke eldre enn fra 2012</li><li>- Engelsk eller nordisk språk</li><li>- Fagfellevurdert</li><li>- IMRaD-struktur</li><li>- Helst fra Europa, nord- Amerika eller Oseania</li><li>- Studien skal inneholde sykepleiere</li><li>- Omhandle holdninger om eutanasi og/eller palliativ pleie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ikke eldre enn 2008</li><li>- Andre språk enn engelsk og nordisk</li><li>- Ikke fagfellevurdert tidsskrift</li><li>- Mangler IMRaD struktur</li><li>- Fra Asia, Afrika eller Sør-Amerika</li><li>- Fagartikler</li><li>- Review</li></ul>

### 3.4 Søkematrise

I prosessen med å finne de utvalgte vitenskapelige artiklene ble det brukt ulike databaser med samme søkeord og kombinasjoner. Grønseth og Jerpseth (2019) anbefaler at dette kan fremstilles på en skjematisk måte som vist i tabell 3.

**Tabell 3:** Søkematrise

Søkeord/ Database	Pubmed (Medline)	Ovid (Medline)	Cinahl
1. Nurse	411 654	94 929	243 952
2. Euthanasia	29 243	15 075	8 332
3. Palliative care	92 235	59 827	39 883
4. Attitude	701 630	620 201	500 216
5. Terminal care	65 641	55 032	70 789
6. 3 OR 5	139 765	103 393	79 789
7. 1 AND 6	12 621	1 843	3 219
8. 2 AND 7	1 166	296	282
9. 4 AND 8	559	188	114
Avgrensning	- Siste 5 år - English - Full tekst	- Siste 10 år	- Fra 2012 - English
Treff	36	31	38
Funn	<b>Artikkel 1: Nr. 17:</b> Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process (Terkamo-Moisio <i>et al.</i> , 2019)	<b>Artikkel 2: Nr.9:</b> "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalization (Bellens <i>et al.</i> , 2020)	<b>Artikkel 4: Nr. 29:</b> End-of-Life Care Attitudes, Values, and Practices Among Health Care Workers (Goel <i>et al.</i> , 2014)
		<b>Artikkel 3: Nr. 41:</b> Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses (Brzostek <i>et al.</i> , 2008) (Søkt tilbake til 2008, ga <u>42</u> treff)	<b>Artikkel 5: Nr. 8:</b> Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (Pesut <i>et al.</i> , 2020)
		<b>Artikkel 6: nr. 18:</b> Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines (Terkamo-Moisio <i>et al.</i> , 2017)	

### 3.5 Analyse

I denne litteraturstudien har vi sett på holdninger til sykepleiere knyttet til aktiv dødshjelp. For å finne de vitenskapelige artiklene har vi valgt å bruke flere databaser for å få et bredt søk. Vi prøvde å sørge for at artiklene ikke var eldre enn 10 år for at de skulle være dagsaktuelle. Den ene artikkelen som ble funnet var derimot fra 2008. Selv om denne artikkelen var eldre enn det som var ønsket, fant vi at innholdet fortsatt var svært aktuelt. Videre var det også viktig at disse studiene var fagfelleverdert for å kunne sikre at innholdet var troverdig.

For å velge ut relevante artikler ble først overskriftene lest og deretter abstraktet. Videre undersøkte vi om artiklene var fagfelleverdert. For å gjøre dette ble det sett på om artikkelen hadde IMRaD struktur og hvilket tidsskrift som den var publisert i. Det ble undersøkt om dette tidsskriftet fagfelleverderte sine artikler. IMRaD, også kaldt IMRoD, er oppbyggingen i en vitenskapelig artikkel, det står for introduksjon eller innledning, metode, resultat og (and) diskusjon (Grønseth og Jerpseth, 2019).

I analysen har vi gått ut ifra Aveyard sin tematiske analysemodell hvor vi da har sett på de ulike temaene i artiklene. For å finne disse temaene leste vi resultatdelen på nytt og fant temaer der. Videre sammenlignet vi de forskjellige temaene som ble funnet opp imot de andre vitenskapelige artiklene, som er vist i tabell 10 (Thidemann, 2019). De hovedtemaene som er valgt er knyttet opp mot sykepleiers holdninger og hvordan det utspiller seg i møte med pasienter.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Resultatpresentasjon

Resultatene fra de ulike artiklene er fremstilt i hver sin tabell med relevant innhold fra artikler som kan sees i tabellene under. Grønseth og Jerpseth (2019) hevder at en presentasjon av resultatene i tabell gir et oversiktlig bilde av artiklene.

**Tabell 4:** Artikkel 1: Terkamo-Moisio *et al.* (2019)

Artikkelnavn, forfatter(e), årstall og tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process (Terkamo-Moisio <i>et al.</i>, 2019)</li><li>○ Nursing ethics</li></ul>
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Finske sykepleiers holdninger rundt en mulig rolle i eutanasi prosessen</li><li>○ Egenskaper som er assosiert med disse holdningene</li></ul>
Metode	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kvantitativ metode</li><li>○ 1003 sykepleiere fra Finland</li><li>○ Rekruttert via sosiale medier</li><li>○ Elektroniske spørreskjema</li></ul>
Forskningsetisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Etisk godkjent fra komiteen for forskningsetikk</li><li>○ I spørreskjemaet ble det lagt vekt på frivillighet og anonymitet.</li></ul>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Flertallet av sykepleiere mente at:<ul style="list-style-type: none"><li>● Deres perspektiv burde være med i beslutninger knyttet til eutanasi</li><li>● De var villig til å delta i en eventuell eutanasi prosess om dette var tillatt</li><li>● De burde være til stede under prosessen, samt delta i forberedende oppgaver</li></ul></li><li>○ Mindretallet mente at de måtte ha deltakelsesplikt ved eutanasi prosessen</li><li>○ Alder, religion og utdanning påvirket holdningene deres</li></ul>

**Tabell 5:** Artikkel 2: Bellens *et al.* (2020)

Artikkelnavn, forfatter(e), årstall og tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"><li>○ "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalization (Bellens <i>et al.</i>, 2020)</li><li>○ Journal of Clinical Nursing</li></ul>
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Utforske hvordan sykepleiere i Belgia engasjerer seg i omsorgen for pasienten som ber om eutanasi, 15 år etter legaliseringen</li></ul>
Metode	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kvalitativ metode</li><li>○ Intervju med 26 sykepleiere med erfaring i eutanasi</li><li>○ Fokus på sykepleiere som jobbet innen onkologi eller palliativ behandling</li></ul>
Forskningsetisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Godkjent av etisk komité</li><li>○ Samtykke fra alle deltagerne</li><li>○ Anonymitet, kunne trekke seg uten begrunnelse</li><li>○ Det ble tilbudt veiledning etter intervjuene om noen hadde behov for det</li></ul>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sykepleierne beskrev dødshjelpsprosessen som noe unaturlig og planlagt</li><li>○ Det oppstod både spørsmål og tvil hos sykepleierne</li><li>○ De opplevde å kunne bidra til en verdig død, gjøre en forskjell og føle seg faglig tilfredsstilt</li><li>○ Om sykepleieren ikke kunne bidra til en god dødshjelp så førte det til mye negative følelser og frustrasjon</li></ul>

**Tabell 6:** Artikkel 3: Brzostek *et al.* (2008)

Artikkelnavn, forfatter(e), årstall og tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses (Brzostek <i>et al.</i>, 2008)</li><li>○ Nursing ethics</li></ul>
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvilke holdninger polske nyutdannede sykepleiere og erfarne sykepleiere har til eutanasi</li><li>○ Bevisstgjøre sykepleiere på sine holdninger</li></ul>
Metode	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kvantitativ metode</li><li>○ Forskingen besto av 458 sykepleiere,<ul style="list-style-type: none"><li>● 206 var nyutdannede sykepleiere</li><li>● 252 var erfarne sykepleiere</li></ul></li><li>○ Spørreskjema ble brukt for å samle inn og tolke data</li></ul>
Forskningsetisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Spørreskjemaet ble presentert for deltagerne etter at ledere godkjente initiativet til å delta i prosjektet</li><li>○ Resultatet av spørreskjemaet ble kodet av en uavhengig person</li></ul>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Studiet viser at deltagerne har et ambivalent forhold til eutanasi</li><li>○ Det er forskjeller når det gjelder holdninger hos nyutdannede og erfarne sykepleiere</li><li>○ De to gruppene vektla loven ulikt og det hadde påvirkning på holdningene til eutanasi</li></ul>

**Tabell 7:** Artikkel 4: Goel *et al.* (2014)

Artikkelnavn, forfatter(e), årstall og tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"><li>○ End-of-Life Care Attitudes, Values, and Practices Among Health Care Workers (Goel <i>et al.</i>, 2014)</li><li>○ American journal of hospice</li></ul>
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fastslå holdninger i forhold til omsorg ved livets slutt, og synliggjøre ulikhetene mellom land som tillater eller ikke tillater eutanasi</li></ul>
Metode	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kvantitativ metode</li><li>○ Tverrsnittundersøkelse på tvers av heterogene helsepersonell i India, Chile, Storbritannia og Nederland</li><li>○ 200 deltakere var med i studien, men bare 109 av deltakerne fullførte studien</li></ul>
Forskningsetisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Spørreskjema ble gjennomgått av uavhengige forfattere</li><li>○ Kultursensitive saker ble omformulert eller slettet</li><li>○ Etisk godkjent fra den etiske komiteen</li><li>○ Skjemaene ble fylt ut anonymt for de som ønsket å delta</li></ul>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Over halvparten mente at HLR burde utføres selektivt</li><li>○ 22% hadde møtt pasienter med en forespørsel om å fremskynde døden</li><li>○ 33% mente at de hadde for lite opplæring knyttet til omsorg ved livets slutt</li></ul>



**Tabell 8:** Artikkel 5: Pesut *et al.* (2020)

Artikkelnavn, forfatter(e), årstall og tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (Pesut <i>et al.</i>, 2020)</li><li>○ Journal of Clinical Nursing</li></ul>
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Beskrive sykepleieres moralske erfaringer med MAiD (Medical Assistance in Dying) i Canada</li></ul>
Metode	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kvalitativ metode</li><li>○ Intervjustudie med 59 sykepleiere fra Canada</li><li>○ Intervjuene ble tatt opp digitalt og lastet ned på en programvare som analyserte innholdet</li></ul>
Forskningsetisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Deltagerne signerte samtykke og fikk mulighet til å stille spørsmål</li><li>○ Etisk godkjent</li><li>○ Alle deltagerne ble omtalt som kvinner for å ta vare på anonymiteten til mennene</li></ul>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Familie, kommunikasjon, erfaring og nærhet påvirket om sykepleieren deltok i MAiD</li><li>○ Sykepleierne følte på et moralsk ansvar, mange ønsket å oppfylle pasientens ønsker, autonomi ble høyt vektlagt</li></ul>

**Tabell 9:** Artikkel 6: Terkamo-Moisio *et al.* (2017)

Artikkelnavn, forfatter(e), årstall og tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines (Terkamo-Moisio <i>et al.</i>, 2017)</li> <li>○ Nursing ethics</li> </ul>
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finske sykepleiere sine holdninger til eutanasi og hvilke egenskaper som er assosiert med disse holdningene</li> </ul>
Metode	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kvantitativ studie</li> <li>○ Tversnittsbasert undersøkelse</li> <li>○ 1003 deltakere</li> <li>○ Rekruttert via finsk sykepleieforbund og sosiale medier</li> </ul>
Forskningsetisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etisk godkjent</li> <li>○ Informert om samtykke</li> <li>○ Anonymitet og frivillighet ble vektlagt</li> <li>○ Tydelig definisjon av begrepet eutanasi for å unngå misforståelser</li> </ul>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Flertallet ville godta eutanasi</li> <li>○ Litt over halvparten trodde at det kan bli legalisert i fremtiden <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ca. 30% mente at Finland ville ha nytte av at det var lovlig</li> <li>● 80% mente at eutanasi ble sett på som en human metode for å hjelpe en syk person</li> <li>● De fleste mente også at man har rett til å bestemme over sin egen død</li> </ul> </li> <li>○ Status, religion, ekteskap og arbeidserfaring hadde sammenheng med holdninger til eutanasi</li> <li>○ Eutanasi-relatert kommunikasjon var noe både uerfarne og erfarne var positive til</li> </ul>

## 4.2 Sammenfattede resultat

Ifølge Grønseth og Jerpseth (2019) er presentasjon av resultatene i tabell til god hjelp for å gjøre sammenfatningen av artikkelen på en systematisk måte. I denne sammenfatningen har vi gått ut ifra det Grønseth og Jerpseth (2019) skriver om at det kan være interessant å ta for seg noen hovedtemaer med undertemaer. Fra disse temaene viser vi da de samlede resultatene og funnene fra de inkluderte artiklene.

**Tabell 10:** Oppgavens sammenfattende resultat

Hovedtema	Livssituasjoner			Autonomi og verdig død
Undertema	Erfaring og alder	Religion	Sivilstatus og barn	
Artikler	Artikkel 1 Terkamo-Moisio <i>et al.</i> (2019)	Artikkel 1 Terkamo-Moisio <i>et al.</i> (2019)	Artikkel 1 Terkamo-Moisio <i>et al.</i> (2019)	Artikkel 2 Bellens <i>et al.</i> (2020)
	Artikkel 3 Brzostek <i>et al.</i> (2008)	Artikkel 5 Pesut <i>et al.</i> (2020)	Artikkel 5 Pesut <i>et al.</i> (2020)	Artikkel 4 Goel <i>et al.</i> (2014)
	Artikkel 6 Terkamo-Moisio <i>et al.</i> (2017)	Artikkel 6 Terkamo-Moisio <i>et al.</i> (2017)	Artikkel 6 Terkamo-Moisio <i>et al.</i> (2017)	Artikkel 5 Pesut <i>et al.</i> (2020)

### 4.2.1 Livssituasjoner

Flere av de ulike studiene tar for seg sykepleiere i ulike livssituasjoner og hvordan dette er med på å påvirke deres holdninger. De skiller mellom erfarne og nyutdannede, yngre og eldre, samboer/gift og enslig, barn og barneløs, og religiøse og ikke-religiøse.

## Erfaring og alder

Erfaring er noe som nevnes i flere av de ulike vitenskapelige artiklene. Artikkel til Terkamo-Moisio *et al.* (2017) skriver blant annet at erfaring og alder er noe som ofte henger sammen, ved at unge sykepleiere ofte er mer uerfarne, og dette kommer frem i flere av artiklene. Terkamo-Moisio *et al.* (2019) skriver at eldre og erfarne var oftere uenige i sykepleieres deltagelse i beslutningsprosessen samt forberede pasienten til eutanasi om det var lovlig. Brzostek *et al.* (2008) viser at de yngre sykepleierne med mindre erfaring hadde større aksept for eutanasi og legalisering. Brzostek *et al.* (2008) skriver at erfarne og uerfarne hadde ulike faktorer som påvirket deres holdninger. Erfarne sykepleiere vektla loven høyere, mens de nyutdannede vektla egne erfaringer og kunnskap høyere.

## Sivilstatus og barn

Noe som kan sees i flere av artiklene handler om sykepleierens sivilstatus og hvordan det påvirker deres holdninger til eutanasi. Med tanke på involvering i dødsprosessen var det en større enighet hos de som ikke var gift eller hadde samboer (Terkamo-Moisio *et al.*, 2019). Terkamo-Moisio *et al.* (2017) viser i sin studie at de enslige var mer for eutanasi og mer støttende for en eventuell legalisering. Terkamo-Moisio *et al.* (2019) sin studie skriver også at de som var enslige var mer forberedt på å delta i eutanasi prosessen om det var lovlig. Studien får også frem at sykepleiere med samboer var mindre enig i at sykepleier skulle være til stede under eutanasi prosessen.

Flere av studiene tok for seg holdningene til eutanasi, og hvordan dette ble påvirket av om de hadde barn. Terkamo-Moisio *et al.* (2019) får frem at de barneløse sykepleierne var mer enig i å forberede pasienten før en eutanasi prosess. De barneløse var også mer enig i en eventuell plikt til å delta om det var lovlig. Terkamo-Moisio *et al.* (2017) skriver om at sykepleiere med barn hadde mindre aksept for eutanasi og var mindre enig i en mulig legalisering av eutanasi. Sykepleiere med barn uttrykket mer negative holdninger til eutanasi relatert kommunikasjon. Pesut *et al.* (2020) nevner også sykepleiere med barn, og en viktig vurdering i om de ville delta i dødshjelpsprosessen var barnas tanker til dette.

## Religion

Artiklene tar for seg religiøse og ikke-religiøse sykepleiere og hvordan dette påvirker deres holdninger til eutanasi. Resultatene til *Terkamo-Moisio et al. (2017)* viser at ikke-religiøse sykepleiere var både mer åpne for legalisering av eutanasi og mer støttende til eutanasi-relatert kommunikasjon. *Terkamo-Moisio et al. (2019)* sine resultater kommer frem til at de religiøse hadde en mer negativ holdning til eutanasi og var mindre enig i at sykepleier skulle delta i prosessen. Studien kom også frem til at de ikke-religiøse sykepleierne var mer enig i at sykepleier skulle være til stede under en eutanasi-prosess om det var lovlig. Noen av de religiøse deltagerne i *Pesut et al. (2020)* sin studie forteller at de var usikre på hvordan familien kom til å reagere om de var med i dødshjelpsprosessen. Støtte fra familien var en viktig faktor i beslutningen om sykepleier skulle delta.

### 4.2.2 Autonomi og verdig død

Flere av artiklene retter søkelyset mot autonomi og verdig død. *Pesut et al. (2020)* får frem at sykepleierne i studien mener det er viktig at pasienten skal få velge selv og ikke lide unødvendig. Sykepleierne i *Bellens et al. (2020)* sin studie forteller at de følte faglig tilfredshet når de kunne oppfylle pasientens ønsker. *Goel et al. (2014)* skriver at 86% av deltagerne i studien fra Storbritannia og Nederland mente at den enkelte pasienten skulle ha autonomien til å kunne bestemme hva de mente var en verdig død for dem. Verdig død nevnes også i *Bellens et al. (2020)* sin artikkel, sykepleierne forteller at det å kunne bidra til en verdig død for pasienten utgjorde en forskjell og ga dem en dyp følelse av god sykepleiefaglig behandling. *Goel et al. (2014)* får frem at 95% av deltagerne fra Storbritannia og Nederland mente at pasienter burde få en verdig død.

Sykepleierne i studien til Bellens *et al.* (2020) sa at de følte seg privilegerte som fikk lov til å være til stede i et intimt livsøyeblikk. Det samme sees i studien til Pesut *et al.* (2020) som forteller om positive følelser som dypt fantastisk, ydmykende, forbløffede og en følelse av å lette pasientens lidelse. Dødshjelpsprosessen førte også til mye frustrasjon hos sykepleierne i form av sinne og irritasjon. Frustrasjonen kom fra at de ikke forstod årsaken til at pasienten ønsket hjelp til å dø, og at sykepleierne kunne tolke det som en "enkel utvei" (Bellens *et al.*, 2020).

## 5.0 Drøfting

Med utgangspunkt i det sammenfattende resultat vil dette sees i sammenheng med fagteorier, lover, retningslinjer og eksempler fra praksis. Problemstillingen er som tidligere nevnt; "Hva påvirker sykepleiers holdninger til eutanasi og hvordan kan dette utspille seg i møte med pasienter?". Til slutt i drøftingen vil vi ta for oss implikasjoner oppgaven kan ha for innovasjon i fag- og tjenesteutvikling og kritisk vurdere litteraturen som er valgt.

### 5.1 Livssituasjoner

Holdningene til sykepleiere blir formet ut ifra hvilken livssituasjon de er i. Flere av studiene tar for seg dette (Terkamo-Moisio *et al.*, 2017; Terkamo-Moisio *et al.*, 2019; Brzostek *et al.*, 2008; Pesut *et al.*, 2020). Brinchmann (2016b) skriver at holdninger kan være med å påvirke yrkesutøvelsen. Hun skriver også om at holdninger er måten vi møter og mestrer følelser på. Dermed er det viktig å være bevisst på våre holdninger, og hvordan det kan påvirke pasienten.

#### Erfaring og alder

Yngre uerfarne sykepleiere har mer aksept for eutanasi enn eldre erfarne sykepleiere. I flere av de vitenskapelige artiklene som er funnet har vi sett at alder og erfaring er noe som har stor betydning for hvilken holdning sykepleierne har til eutanasi (Terkamo-Moisio *et al.*, 2017; Terkamo-Moisio *et al.*, 2019; Brzostek *et al.*, 2008). Vi har valgt å gruppere eldre og erfarne sykepleiere sammen, og yngre og uerfarne sammen. I studien til Brzostek *et al.* (2008) definerer de erfarne sykepleiere som de med minst fem års erfaring. Derimot har studien til Terkamo-Moisio *et al.* (2019) definert erfaringen til sykepleierne ut ifra antall års arbeidserfaring. Fra resultatene i studiene kommer det altså frem at erfarne sykepleiere kan variere mye i alder. Det er ikke nødvendigvis slik at alle eldre sykepleiere er mer erfarne enn yngre. Det vil altså kunne finnes unntak fra de resultatene som presenteres her, samtidig kan det tenkes at disse unntakene er minimale, da erfaring og alder henger naturlig sammen.

I en review av Verpoort *et al.* (2004) kommer det frem årsaker til at holdninger og alder henger sammen med eutanasi. Det kan skyldes en økt erfaring eller at det er forskjeller mellom generasjonene. Forskjell i generasjoner kan sees i sammenheng med det Brinchmann (2016b) skriver om dydsetikk og at dette er avhengig av for eksempel tidsepoken. Hva som anses som moralsk riktig endrer seg med tiden. En mulig forklaring på at de yngre sykepleiere er mer for eutanasi er fordi de har vokst opp i et mer liberalt miljø (Terkamo-Moisio *et al.*, 2019). Erfaringer og alder er noe av det som påvirker holdningen til eutanasi, og dette kan sees i sammenheng med det Håkonsen (2014) skriver om at holdninger er noe som skapes over tid. Håkonsen (2014) skriver også om at holdninger formes ved hjelp av ulike erfaringer og opplevelser. Alder er også en av de viktige faktorene som kommer frem i en review av Cayetano-Penman, Malik og Whittall (2021) som viser at eldre sykepleiere motsetter seg mer til aktiv dødshjelp. De eldre sykepleiere trodde heller på palliativ behandling, de var mindre åpne for å legalisere eutanasi. Ut ifra egen erfaring i praksis har vi opplevd at eldre sykepleiere med mye erfaring er mindre villig til å endre sin praksis og at de liker å gjøre arbeidsoppgaver på samme måte som de har gjort i alle år. Tvert imot har vi også møtt sykepleiere som går mot denne stereotypen og at noen er svært åpne for en ny tenkemåte og/eller praksis. Dette kan være en annen årsak til at eldre og erfarne sykepleiere er mindre for eutanasi, men at det finnes unntak.

Terkamo-Moisio *et al.* (2017) skriver også om at de med lavere utdanningsnivå var mer tilbøyelige til å akseptere eutanasi, men de referer til Vézina-Im *et al.* (2014) om at dette ikke støtter den tidligere forskningen. Vézina-Im *et al.* (2014) skriver derimot i en review at sykepleiere med høyere utdanning, som for eksempel en master, var mer tilbøyelig med å administrere dødelige medikamenter. Det kommer også frem at sykepleiere med erfaring lenger enn seks år var mer villig til å utøve eutanasi for å kunne lindre smerte og depresjon. Likevel er dette en eldre review, noe som må tas i betraktning med tanke på at samfunnet endrer seg over tid.



Terkamo-Moisio *et al.* (2017) skriver om at både uerfarne og erfarne var positive til eutanasi-relatert kommunikasjon. Derimot i en tidligere studie av Terkamo-Moisio, Kvist og Pietilä (2015) kommer det frem at eutanasi-relatert kommunikasjon var et skremmende diskusjonstema og dermed ble det unngått. En av årsakene til dette var at det finnes mange motstridende meninger om eutanasi og da valgte heller sykepleierne å snakke vagt om temaet. For øvrig mente de at det var viktig å snakke med pasientene om dette, selv om de synes det var skremmende. Sykepleierne fortalte at det var sjeldent at de fikk eutanasi-forespørsler og at dette kom overaskende på dem. Videre fortalte de også om at det var vanskelig å få tak i troverdig og relevant informasjon. De mente at det måtte være mer åpenhet rundt temaet og tilgjengelig informasjon for å kunne diskutere dette (Terkamo-Moisio, Kvist og Pietilä, 2015). Som sykepleierstudenter har vi møtt pasienter som har et ønske om å dø. Vi har opplevd det som vanskelig å kommunisere med denne pasientgruppen på grunn av manglende kunnskap rundt temaet. Siden dette er et vanskelig tema har vi erfart at det derimot er lettere å bytte samtaleemne, selv om vi er klar over at det er viktig at pasienten får snakket om det.

### Sivilstatus og barn

Holdninger til støtte for eutanasi eller eventuelt legalisering kan påvirkes av sivilstatusen. Terkamo-Moisio *et al.* (2017) får frem i sin studie at de som var enslige var mer støttende til eutanasi og viste en større støtte til legalisering. Dette er noe som også kan sees i sammenheng med det Terkamo-Moisio *et al.* (2019) skriver om at enslige var mer enig i at sykepleier skulle delta i eutanasi-prosessen om det var lovlig, samt å klargjøre pasienten. Det tankemessige aspektet av holdninger påvirkes av tankene og synspunktene våre. Dette dannes ofte av det vi ser, hører og oppfatter fra omgivelsene (Håkonsen, 2014). Har man en partner som man er samboer eller gift med, vil denne personen være en stor del av hverdagen. Det vil dermed si at partners tanker og følelser kan påvirke våre og eventuelt overføre dette. Det kan sees i sammenheng med det Svartdal (2020) skriver om at holdninger kan være ervervet, og holdningene er ofte like andre personer eller grupper som man identifiserer seg med. For eksempel dersom en sykepleier er for eutanasi, men har en partner som er veldig imot eutanasi, kan de tankene partneren har overføres til sykepleieren. Dette er noe som kan gjøre at sykepleieren får et eventuelt ambivalent forhold til eutanasi. På motsatt side er det nødvendigvis ikke slik at sykepleieren blir påvirket av omgivelsen rundt. Enslige kan ha mindre

ytre påvirkning og står kanskje mer fritt, men samtidig kan de ha omgivelser rundt seg med stor påvirkningskraft (Håkonsen, 2014).

Om sykepleieren har barn eller ikke er noe som det blir lagt vekt på i flere av artiklene. Deltagerne i Pesut *et al.* (2020) sin undersøkelse skriver om sykepleieres bekymringer rundt barnas tanker om de deltar i medisinasistert dødshjelp. Det kommer også frem at deltagerne var opptatt av at de hadde støtte fra familien om de valgte å delta. Terkamo-Moisio *et al.* (2017) skriver også om de ulike holdningene til eutanasi om sykepleieren har barn eller ikke. Der kommer det frem at sykepleiere med barn var mindre for legalisering av eutanasi og de hadde en mer negativ holdning til eutanasi-relatert kommunikasjon. Dette kan sees i sammenheng med det Terkamo-Moisio *et al.* (2019) skriver om at sykepleiere med barn var mindre forberedt på å delta i en eutanasi-prosess om det var lovlig. Barn kan være med å påvirke sykepleiers holdninger og det kan være med på å forandre verdensbildet, ved at foreldrene opplever både sterkere følelser og større ansvar (Terkamo-Moisio *et al.*, 2017). På den ene siden kommer det frem at barn påvirker sine foreldre, mens på den andre siden viser det seg at barn har en begrenset påvirkning på sine omsorgsgivere og omgivelsene (Tetzchner, 2012). Holdninger er som nevnt tidligere noe man har med seg gjennom hele livet og det skapes over tid (Håkonsen, 2014). Det å få barn er en stor endring i livet til en sykepleier og det kan dermed være med å påvirke holdningene.

Alle som etterspør eutanasi er barn av noen. På den ene siden er det mulig å forklare at sykepleiere med barn er mer imot eutanasi, på grunn av at de klarer å sette seg mer inn i foreldrene sitt ståsted. Dette kan føre til at sykepleierne blir mer påvirket fordi de kan reflektere mer over om dette var deres egne barn. Torgeir, som nevnt tidligere, dro til Sveits for å få hjelp til å dø. Torgeir var en sønn og han hadde med seg sine foreldre gjennom hele prosessen. Etter at det ble avklart at Torgeir skulle til Sveits var dette både en fin og utfordrende periode for foreldrene, men foreldrene støttet han hele veien (Skeie, 2020). På den andre siden er det slik at sykepleiere med barn kan være mer støttende til eutanasi om de møter foreldre som støtter sitt barn i aktiv dødshjelp. Dette kan bidra til et nytt synspunkt og det kan tenkes at sykepleierne kan få mer positive holdninger til eutanasi. Tvert imot kan

det være at sykepleieren ser hvor utfordrende dette er for foreldrene, og det kan videre føre til mer negative holdninger. Det kan altså tenkes at sykepleiers holdninger blir påvirket av både pasienten og pårørende til enten mer positivt eller negativt.

## Religion

Om en pasient har spørsmål knyttet til eutanasi kan han møtes på en mer negativ måte av en troende sykepleier enn ikke-troende. Noen av artiklene har valgt å skille mellom ulike religioner, men vi har valgt å drøfte i forhold til religiøse og ikke-religiøse sykepleiere. To av studiene viser de samme resultatene, som er at religiøse sykepleiere er mindre for legalisering av eutanasi og har mer negative holdninger knyttet til dette (Terkamo-Moisio *et al.*, 2017; Terkamo-Moisio *et al.*, 2019). Iblant annet kristendommen så er det visse plikter som skal følges, det er blant annet de ti bud. Ett av disse budene lyder "Du skal ikke drepe". Ved å være delaktig i aktiv dødshjelp kan religiøse sykepleiere anse det som "å drepe" pasienten, og dermed bryte den religiøse plikten som skal følges (Brinchmann, 2016c). Dette kan da være en av forklaringene til at religiøse er mindre for legalisering av eutanasi. En ikke-troende sykepleier derimot som ikke følger de ti bud kan se på eutanasi prosessen fra en annen vinkel, ikke som å drepe noen, men heller å lindre pasientens smerte. I tillegg får Terkamo-Moisio *et al.* (2017) frem i sin studie at religiøse sykepleiere var mer imot eutanasi relatert kommunikasjon. Derimot kan det være slik at en religiøs pasienter som ønsker eutanasi heller ønsker hjelp fra en religiøs sykepleier som kan forstå pasientens situasjon bedre. Grunnen til dette kan være som Bechensten (2009) skriver om at de ulike religionene har ulikt syn på døden og ritualer knyttet til dette og at de religiøse sykepleierne kjenner til dette bedre.

I Pesut *et al.* (2020) sin studie forteller noen av de religiøse sykepleierne om at de var usikre på hvordan familien kom til å reagere om de var med i dødshjelpsprosessen. I forbindelse med Pesut *et al.* (2020) sin studie sa deltagerne at om de kom fra familier som var mer for kvinners rettigheter, abort og retten til å dø, var dette viktige sosiale verdier i beslutningen om å delta i eutanasi eller ikke. Brinchmann (2016b) skriver om dydsetikk som handler om personlige egenskaper og kan knyttes tett opp mot holdninger. Denne tenkningen er noe som er kulturspesifikt. Det en person anser som en god handling avhenger altså av kulturen, tidsepoken og livssyn. Det kan altså tenkes at eutanasi kan sees på som en god handling for noe, mens andre ser på det som en dårlig handling.

## 5.2 Autonomi og verdig død

Videre i drøftingen vil vi rette søkelyset mot autonomi og verdig død. Vi vil se på hvordan dette påvirker sykepleiers holdninger til eutanasi og hvordan det utspiller seg i møte med pasienter. Autonomi er noe som står sentralt i norsk helsevesen, men når pasienten ønsker å dø er det andre faktorer som spiller en større rolle (Brinchmann, 2016a). Flere av de vitenskapelige artiklene som er valgt i oppgaven tar for seg viktigheten av autonomi og verdig død i land hvor eutanasi er både tillatt og ikke tillatt.

### Autonomi og ikke-skade prinsippet

Autonomi og ikke-skade er to av de fire etiske prinsippene (Brinchmann, 2016a). Deltagerne i Pesut *et al.* (2020) sin studie forteller blant annet om at de mente pasientene skulle få velge selv og ikke lide unødvendig. Dette kan sees i sammenheng med slik det er i Norge, hvor det også er høyt fokus på at pasienten ikke skal lide unødvendig, og da tilbys palliativ behandling med smertelindring (Helsebiblioteket, u.å.). Deltagerne i Pesut *et al.* (2020) sin studie forteller at de ønsker å hjelpe pasientene med å oppnå deres ønske om å dø. Medisinsk assistert selvmord er ifølge deltagerne en måte å støtte pasientens autonomi på. En annen deltager forteller også om det grunnleggende prinsippet ikke-skade, men at de nå skal være med å ta livet av en annen person. Deltageren uttrykker at dette er en grense som er vanskelig å krysse og uttalte seg slik:

*“It's weird the first time. When you have been in the medical profession all your life and we do no harm, then you are killing somebody, or participating in that, it's a boundary that is hard to cross. Nobody wants to play God” (Pesut et al., 2020, s. 3876)*

De to etiske prinsippene autonomi og ikke-skade går altså mot hverandre når det handler om eutanasi. Slettebø (2013) skriver om ikke-skade prinsippet og dette handler om at sykepleier har en plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet på grunn av behandlingen som sykepleieren gir. Ikke-skade prinsippet er altså passivt. En mulig forklaring på at disse to prinsippene går mot hverandre er fordi dersom sykepleier følger prinsippet om autonomi så følges ikke prinsippet om å ikke-skade, og motsatt.

### Loven og retningslinjer

Fra Straffeloven (2005) § 275 står det at den som dreper et annet menneske straffes for dette, medvirkning til selvmord er heller ikke lov står det i § 277. Norske sykepleiere kan dermed ikke hjelpe pasienter med å dø. Dette kan også sees i sammenheng med Norsk sykepleierforbunds retningslinjer hvor det står at sykepleiere ikke skal bidra til aktiv dødshjelp (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Aktiv dødshjelp er altså straffbart, og det er også brudd på sykepleieprofesjonens normer og sykepleieetikk.

I Brzostek *et al.* (2008) sin studie kom det frem at de erfarne sykepleierne vektla loven høyere enn de nyutdannede, en mulig forklaring på dette kan være at eldre har en høyere respekt for det juridiske ansvaret. Når det er noen sykepleiere som vektlegger loven høyt, kan det tenkes at disse da ville vært villig til å utføre eutanasi om det var lovlig. Tvert imot nevner Brzostek *et al.* (2008) at det er tidligere studier som viser at selv om eutanasi hadde vært tillatt ville de fleste sykepleierne ikke følt at det var etisk riktig. Da kan det heller tenkes at det var andre faktorer som hadde en viktigere rolle for deres holdninger til eutanasi. Det kan for eksempel være de faktorene Brzostek *et al.* (2008) nevner, som blant annet er livsfilosofi, erfaring og kunnskap.

Det som derimot er tillatt i Norge er å unnlate å iverksette eller avslutte livsforlengende behandling. Et eksempel på dette kan være å unnlate eller avslutte en antibiotikakur eller væskebehandling (Helsedirektoratet, 2013). Dette ble tidligere kalt for passiv dødshjelp, imidlertid skriver Slettebø (2013) at begrepet i dag er lite brukt. Det er en stor moralsk forskjell på å la noen dø eller drepe (Slettebø, 2013). Det vil altså si at det er en stor forskjell på aktiv og passiv dødshjelp. Fra § 4-9 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det også at en pasient kan nekte livsforlengende behandling. Det kan da tenkes at pasienten ikke ønsker å leve lenger, men samtidig kan det være andre årsaker. Disse årsakene kan for eksempel være at pasienten har vært gjennom et langt behandlingsforløp og at behandlingen er krevende og smertefull. I Norge så tilbys palliativ behandling for denne pasientgruppen (Helsebiblioteket, u.å.).

Torgeir var en mann som har prøvd å ta sitt eget liv og foreldrene var redde for at han skulle gjøre det igjen. Han hadde et sterkt ønske om å dø og foreldrene fortalte at det var ikke noe håp om at disse tankene ville forsvinne. Som nevnt i Stortingsmelding nr. 24 står det at for pasienter som befinner seg i samme situasjon som Torgeir så kan Norge tilby tiltak som virker selvmordsforebyggende. For eksempel vil man finne informasjon på [helsenorge.no](http://helsenorge.no) fra Helsedirektoratet om hvor man kan få tak i hjelp (Meld. St. 24 (2019-2020)). Foreldrene til Torgeir hadde prøvd å få han ut av denne situasjonen, men han var fast bestemt på at han ville dø og moren var redd for at han ville prøve å ta livet sitt igjen. De begynte da å diskutere om det heller kunne være en mulighet å dra til Sveits, noe de valgte å gjøre. I den forbindelse uttrykte også foreldrene at de mente det var unødvendig og belastende at de måtte reise til et annet land (Skeie, 2020). Imidlertid er den norske loven svært tydelig. Torgeir kunne ikke få hjelp til å dø i Norge så den eneste muligheten for at han skulle få oppfylt sitt ønske var å dra til Sveits.

Sykepleiere skal altså ikke bidra til aktiv dødshjelp, men likevel er det en retningslinje fra Norsk Sykepleierforbund (u.å.) som sier at man som sykepleier skal sørge for at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser. For at pasienten skal kunne gjøre dette skal sykepleier sørge for tilpasset tilstrekkelig informasjon som pasienten forstår. På den ene siden kan det sies at å gi informasjon om eutanasi er å følge de yrkesetiske retningslinjene. På den andre siden er det påpekt i et annet punkt i retningslinjene at man ikke skal bidra til eutanasi eller assistert selvmord (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Med hensyn til dette kan man tenke seg at ved å gi informasjon om eutanasi bidrar sykepleiere til eutanasi. Samtidig om det gis informasjon om eutanasi er det flere krav pasienten må oppfylle for å få innvilget dette. Disse kravene er at pasienten skal være informert om sin tilstand og prognose, har et ønske om eutanasi over tid, ingen andre alternativer for å bedre livskvaliteten og det er ikke en psykologisk tilstand som for eksempel depresjon som ligger bak (Slettebø, 2013). Dette kan altså ses på som en krevende prosess for å få oppfylt kravene til eutanasi.

Norsk legeforening, sammen med Norsk sykepleierforbund støtter ikke eutanasi. Dette kan sees i sammenheng med Gaasø *et al.* (2019) sin studie som kom frem til at flertallet av norske leger var motstandere til eutanasi. Dette er motsatt med resten av befolkningen, noe som kommer frem i en studie av Magelssen *et al.* (2016) som viser at flertallet var for eutanasi. Det kan tenkes at noe av grunnen til at legene er imot eutanasi er fordi det er de som må gjøre den aktuelle handlingen, å drepe et annet menneske. Resten av befolkningen vil kanskje bare ha en mulighet til å dø, men tenker kanskje ikke så mye over hvordan dette kan påvirke de som deltar i eutanasi prosessen.

### Verdig død

Deltagerne i studien til Bellens *et al.* (2020) forteller om verdig død, og hva det gjorde med sykepleieren om de kunne oppfylle pasientens ønsker. De forteller om en følelse av faglig tilfreds og en dyp følelse av god sykepleiefaglig behandling. Det kan da tenkes at sykepleiere i Norge vil oppleve det motsatte av dette om de ikke kan oppfylle pasientens ønsker om en verdig død. Samtidig kommer det frem fra sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere skal bidra til en naturlig og verdig død (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Verdig død

er noe deltagerne i studiene til Goel *et al.* (2014) forteller om, og nesten alle i denne studien mener at pasienten burde få en verdig død. Litt over 80% mente at pasienten selv kunne bestemme hva som var verdig død for dem. Deltagerne i denne studien var opptatt av å finne ut hva som var en verdig død for pasientene (Goel *et al.*, 2014). Det kom også frem at det var viktig å finne ut av dette før man bestemte seg for å eventuelt holde tilbake livsforlengende behandling.

Hva en pasient legger i en verdig død kan sees i sammenheng med det Eide og Eide (2017) skriver om at sykepleiere har et moralsks ansvar i å vurdere hva som er best for pasienten. De må også ta konsekvensen om dette ikke stemmer overens med det pasienten ønsker. En sykepleier kan dermed ikke alltid vite hva pasienten egentlig ønsker. Imidlertid kan det være slik at pasienten uttrykker et ønske om å få hjelp til å dø, men at sykepleier opplever at dette ikke er reelt ønske. Dette kan begrunnes med det som kommer frem i studien til Bellens *et al.* (2020), at noen av sykepleierne opplever forespørselen om eutanasi som en “enkel utvei”. I tillegg er det slik at Materstvedt (2005) skriver om at veldig syke pasienter kan ha begrenset autonomi på grunn av perioder med svekket kognitiv funksjon. Sykepleier kan i denne sammenhengen tenke at eutanasioforespørselen kommer i en fase hvor pasienten er svekket enten fysisk eller psykisk, og at pasienten egentlig ikke har et ønske om å dø. Imidlertid vil det aldri være mulig å vite hva pasienten egentlig ønsker, det er det bare pasienten som vet.

### Empowerment

Som nevnt tidligere i oppgaven tok Torgeir en avgjørelse om å reise til Sveits for å ta sitt eget liv. Avmakt er en situasjon der man ikke ser noe utvei, midler eller mulighet til å få endret sin situasjon (Norvoll, 2019b). Det kan derfor tenkes at Torgeir opplevde avmakt og derfor valgte å prøve å ta sitt eget liv. Dette kan sees i sammenheng med det Helsedirektoratet (u.å.) skriver om hva som kan føre til selvmordstanker. Disse tankene kan komme på grunn av en reaksjon på en livssituasjon, som for eksempel en alvorlig fysisk sykdom, noe som Torgeir hadde. Da Torgeir derimot valgte å dra til Sveits for å benytte seg av assistert selvmord kan det tenkes at han ble “empowered”. Dette handler da om at han tar tilbake makten i sitt liv (Norvoll, 2019a).



Denne makten er noe som Torgeir tok selv da han bestemte seg for å dra, til tross for at foreldrene prøvde å overtale han til å leve.

Bekreftende kommunikasjon og aktiv lytting kan tenkes å være god sykepleie ovenfor pasienter som har spørsmål eller tanker rundt eutanasi (Eide og Eide, 2017). Dette fordi denne måten å kommunisere på viser mye empati og man prøver å forstå det pasienter forteller om. Denne kommunikasjonen kan også være god i møte med pasienter som opplever avmakt. Derimot kan det være at pasienten ikke ønsker å snakke. Kommunikasjon all form for samhandlingen, så for noen kan det være viktig å bare ha noen til stede som er støttende (Eide og Eide, 2017). Dette uten at det nødvendigvis må utveksles noen ord.

### Omsorg

Bellens *et al.* (2020) skriver om i sin studie at noen av sykepleierens klarte ikke å forstå hvorfor noen ønsket hjelp til å dø, og at de så på det som en enkel utvei. Martinsen (2003) har en omsorgsteori og i denne teorien fremhever hun at omsorg alltid forutsetter to parter. Omsorg handler om at man forstår den andres situasjon. I studien til Bellens *et al.* (2020) kan det tenkes at sykepleieren ikke satt seg godt nok inn i pasientens situasjon, og dermed strevde med å forstå hvorfor pasienten ønsket eutanasi. Martinsen (2003) skriver at omsorg omhandler å ta hensyn til den andre og når man gir omsorg så forventer man ikke å få noe tilbake. Imidlertid skriver Martinsen (2003) om at det å gi omsorg kan føre til at man opplever en følelse av å gjøre noe godt for andre eller takknemlighet. Dette kan sees i sammenheng med det Pesut *et al.* (2020) skriver om at når de hjalp pasienter med å dø så kunne dette gi følelser som noe dypt fantastisk, forbløffende eller ydmykende.

I Bellens *et al.* (2020) sin studie forteller en av deltagerne om at det oppstår situasjoner hvor sykepleierne får inn pasienter som etterspør dødshjelp uten at de har noen bakgrunnsinformasjon. Sykepleierne hadde verken tid eller mulighet til å undersøke nærmere. Martinsen (2003) derimot forteller at for å kunne gi omsorg må man ta hensyn til den andre, altså forstå den andre, og dette handler om å kunne se den andres situasjon fra hans synspunkt. Dette kan bli mulig gjennom å bli kjent med personen. I denne forbindelsen kan det tenkes at pasienten i Bellens *et al.* (2020) sin studie ikke fikk den optimale omsorgen.

Teorien fremhever at omsorg alltid forutsetter to parter. Om en pasient benytter seg av dødshjelpsmaskinen Sarco så kan det diskuteres om pasienten opplever omsorg når han legger seg inn i kapselen (Selbekk, 2018). Om man benytter seg av dette tilbudet får man ikke noe menneskelig kontakt. Derimot kan det være pasienter som synes det er bedre å benytte seg av et slikt tilbud, men på grunn av manglende forskning rundt dette er det vanskelig å forutse.

### 5.3 Kritisk refleksjon

Artiklene som er valgt i oppgaven var et lite utvalg av de artiklene som er publisert i de ulike databasene. På den ene siden ble det utført søk i flere databaser, noe som ga et bredere utvalg artikler. På den andre siden er det slik at når det er flere artikler å velge mellom blir det mer utfordrende å finne artikler som svarer på problemstillingen. Om det derimot er få artikler kan det gi et mindre utvalg. I utgangspunktet kan det tenkes at om det hadde vært andre artikler som ble valgt så kunne det ha ført til et litt annerledes resultat. Både alder på artiklene og hvilket land de kommer fra kan ha en betydning på resultatet. Flere av artiklene som ble valgt var fra Finland. Vi tok utgangspunktet i at dette er et land som er relativt likt Norge siden det er et land i Norden. For øvrig er det slik at i Finland har de tatt opp forslag om legalisering av eutanasi (Mäki, 2020). Det kan da tenkes at holdningene til eutanasi hos sykepleiere i Norge og Finland nødvendigvis ikke er det samme.

## 6.0 Konklusjon

Eutanasi er noe som ikke er lov i Norge, dette kommer tydelig frem i den norske loven. For sykepleiere er det flere yrkesetiske retningslinjer som også legger vekt på at man ikke skal bidra til eutanasi. Derimot er dette noe som er tillatt i noen andre land og det kommer stadig opp debatter i Norge om det skulle ha vært tillatt her også. Når det oppstår debatter om dette kommer det frem mange sterke argumenter både for og imot. Vi har derfor undersøkt og kommet frem til et svar på følgende problemstilling; Hva påvirker sykepleiers holdninger til eutanasi og hvordan kan dette utspille seg i møte med pasienter?

De valgte vitenskapelige artiklene har fått frem sykepleiers holdninger til eutanasi og hva som påvirker disse holdningene. Det har da kommet frem at sykepleierne har et ambivalent forhold til dette tema og det er flere ulike faktorer som påvirker hvordan disse holdningene formes gjennom livet. Flere av artiklene har tatt for seg at holdningen er mye formet av den livssituasjonen man befinner seg, som for eksempel om man har barn, er gift eller er religiøs. Om man som pasient har spørsmål knyttet til eutanasi kan han dermed bli møtt på svært ulike måter ut ifra hvilke holdninger sykepleieren har til dette. Autonomi er noe som det legges mye vekt på i det norske helsevesen. I flere av de vitenskapelige artiklene kommer det frem at det er viktig for sykepleiere å oppfylle pasientens ønsker. Samtidig kommer det frem i loven og retningslinjene at eutanasi ikke er tillatt. Dette kan skape svært motstridende følelser hos sykepleier, noe som igjen kan føre til vanskelige situasjoner når pasienten uttrykker et sterkt ønske om eutanasi.

Torgeir som nevnt tidligere var en pasient som hadde uttrykt et ønske om å dø, men på grunn av loven i Norge var ikke dette noe han fikk gjort her. Han valgte da heller å dra til Sveits, et land hvor de tillater dødshjelp. Om man møter en pasient som Torgeir er det viktig at man møter han med forståelse og god omsorg. For å kunne gi denne omsorgen er det viktig at norske sykepleiere har nok kunnskap om temaet. Det er derfor viktig å sette seg inn i pasientens situasjon og tørre å snakke med dem. Totalt sett er det viktig å være bevisst på sine egne holdninger da dette ikke skal være med å påvirke den omsorgen pasienten får. Oppsummert viser det seg at sykepleiere har et ambivalent forhold til eutanasi. Det er ulike faktorer som påvirker våre holdninger, blant annet livssituasjonen vi befinner oss i, lover og regelverk. Selv om sykepleiere har ulike holdninger og autonomien står sentralt så er det alt i alt den norske loven som må følges.

Oppgaven er med på å sette søkelyset mot eutanasi og hvordan dette er et aktuelt diskusjonstema i Norge, et land hvor eutanasi ikke er tillatt. Det kan også tenkes at sykepleierutdanningen bør rette søkelyset mer mot eutanasi så de nyutdannede sykepleierne er klare for å møte spørsmål rundt eutanasi på en god måte. Det viktigste er å være bevisst på egne holdninger i møte pasienten, og at det ikke skal påvirke hvilken behandling pasienten mottar.

## 7.0 Litteraturliste

Bechensten, Å. M. (2009) Tro og tradisjoner ved dødsleiet, *Sykepleien forskning (Oslo)*, (16), s. 45-48. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0046>

Bellens, M. *et al.* (2020) "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation, *J Clin Nurs*, 29(3-4), s. 492-502. <https://doi.org/10.1111/jocn.15110>

Birkler, J. (2015) *Døden i et professionelt perspektiv : de svære valg*. København: Nyt Nordisk Forlag.

Brinchmann, B. S. (2016a) Kap. 5 De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*

4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 85-94.

Brinchmann, B. S. (2016b) Kap. 8 Dydsetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brinchmann, B. S. (2016c) Kap. 3 Pliktetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brzostek, T. *et al.* (2008) Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses, *Nurs Ethics*, 15(6), s. 761-776. <https://doi.org/10.1177/0969733008095386>

Cayetano-Penman, J., Malik, G. og Whittall, D. (2021) Nurses' Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review, *J Holist Nurs*, 39(1), s. 66-84. <https://doi.org/10.1177/0898010120923419>

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Goel, A. *et al.* (2014) End-of-Life Care Attitudes, Values, and Practices Among Health Care Workers, *Am J Hosp Palliat Care*, 31(2), s. 139-147. <https://doi.org/10.1177/1049909113479440>

Grønseth, R. og Jerpseth, H. (2019) *Bacheloroppgaven i sykepleie : praktiske råd i skriveprosessen*. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Gaasø, O. M. *et al.* (2019) Legers holdninger til aktiv dødshjelp, *Doctors' attitudes to assisted dying*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0391>

Helsebiblioteket (u.å.) *Palliativ omsorg*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/palliasjon> (Hentet: 29. mars 2022).

Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling> (Hentet: 29. mars 2022).

Helsedirektoratet (u.å.) *Selvordstanker og selvmord*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/selvordstanker-og-selvord/> (Hentet: 27. april 2022).

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Magelssen, M. *et al.* (2016) Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment, *BMC Med Ethics*, 17(1), s. 24-24. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0107-3>

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl.

Materstvedt, L. J. (2005) Kap. 7 Bør man ikke selv få lov til å bestemme hvordan man skal dø?, i Herrestad, H. og Mehlum, L. (red.) *Uutholdelige liv : om selvmord, eutanasi og behandling av døende*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Meld. St. 24 (2019-2020) (2020) *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/> (Hentet: 31. mars 2022).

Menneskeverd (u.å.) *Sveits godkjenner selvmordsmaskin*. Tilgjengelig fra: <https://www.menneskeverd.no/2021/12/14/sveits-godkjenner-selvordsmaskin/> (Hentet: 28. mars 2022).

Moen, O. M. og Sterri, A. B. (2019) *Aktiv dødshjelp : etikk ved livets slutt*. 1. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Mäki, K. (2020) Kap. 4 Dödshjälpsdebatten i Finland, i Horn, M. A., Kleiven, D. J. H. og Magelssen, M. (red.) *Dødshjelp i Norden? : etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm akademisk NOASP.

NAOB (u.å.) Eufori. Tilgjengelig fra: <https://naob.no/ordbok/eufori> (Hentet: 31. mars 2022).

Norsk Sykepleieforbund (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 24. mars 2022).

Norvoll, R. (2019a) kap. 4 Sosiale avvik og sosial kontroll, i Brodtkorb, E. og Rugkåsa, M. (red.) *Mellom mennesker og samfunn : sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 3. utg., [Revidert og oppdatert utg.]. Oslo: Gyldendal.

Norvoll, R. (2019b) kap. 3 Makt og avmakt, i Brodtkorb, E. og Rugkåsa, M. (red.) *Mellom mennesker og samfunn : sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 3. utg., [Revidert og oppdatert utg.]. Oslo: Gyldendal.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_4#%C2%A74-9](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#%C2%A74-9) (Hentet: 29. mars 2022).

Persson, M. og Persson, M. (2021) *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? : en praktisk guide*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pesut, B. *et al.* (2020) Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD), *J Clin Nurs*, 29(19-20), s. 3870-3881. <https://doi.org/10.1111/jocn.15427>

Ranhoff, A. H., Brodtkorb, K. og Kirkevold, M. (2008) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Selbekk, M. E. (2018) *Australsk lege lanserer «selvmordsmaskin»*. Tilgjengelig fra: <https://www.menneskeverd.no/2018/01/04/australsk-lege-lanserer-selvmordsmaskin/> (Hentet: 28. mars 2022).

Skeie, K. (2020) Torgeir (24) ville ikke leve, *NRK.no*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/nordland/xl/aktiv-dodshjelp-torgeir-djonne-lian-24-ville-avslutte-livet-for-muskelsykdommen-tok-overhand-1.15150472> (Hentet: 22. mars 2022).

Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Straffeloven (2005) *Lov om straff*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28> (Hentet: 23. mars 2022).

Svartdal, F. (2020) *Holdning*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/holdning> (Hentet: 27. april 2022).

Terkamo-Moisio, A., Kvist, T. og Pietilä, A.-M. (2015) Multifaceted Nature of Euthanasia: Perceptions of Finnish Registered Nurses, *Journal of hospice and palliative nursing*, 17(2), s. 105-112. <https://doi.org/10.1097/NJH.000000000000131>

Terkamo-Moisio, A. *et al.* (2017) Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines, *Nurs Ethics*, 24(1), s. 70-86. <https://doi.org/10.1177/0969733016643861>

Terkamo-Moisio, A. *et al.* (2019) Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process, *Nurs Ethics*, 26(3), s. 700-714. <https://doi.org/10.1177/0969733017720850>

Tetzchner, S. v. (2012) *Utviklingspsykologi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Verpoort, C. *et al.* (2004) Nurses' Attitudes to Euthanasia: a review of the literature, *Nurs Ethics*, 11(4), s. 349-365. <https://doi.org/10.1191/0969733004ne708oa>

Vézina-Im, L.-A. *et al.* (2014) Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: A systematic review, *BMC Palliat Care*, 13(1), s. 20-20. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-20>



