Du eier ditt eget liv, men hvem eier din død?

You own your life, but who owns your death?

Friederike Mentzen og Marie Schiager.

SPU 2013-2016.

24.02.2016

Emnekode: 110 Navn: Friederike Mentzen

 Marie Schiager

Dato: 19.05.2016 Totalt antall sider: 79 Antall ord: 9982

Forord

*Du så, du visst at æ trengt å forstå en som va der og tok*

*Vare på mæ,*

*Som virkelig så mæ*

*Du, ingen å ingen men du*

*Gjennom skya og himmel og sola som snur va du den som ga hjertet tru.*

*Veien har krevd*

*Dåkker ga, dåkker strevd*

*No kan ingen glem*

*Den hvite drakta gløde*

 *Kæm ga en gave*

*Du kjenne svaret*

*Kæm har no losa mæ gjennom å lev eller dø?*

«Hjertetru» Esther Buchmann

**Abstrakt**

**Introduksjon:** På verdensbasis er eutanasi et sterkt omdiskutert tema. Sykepleiere vil møte mennesker i ulike livsfaser, som på et punkt kan ønske en selvbestemt død, noe som setter sykepleierne i etisk vanskelige situasjoner. Til tross for økt kunnskap om palliativ behandling viser det seg at dette ikke alltid er en tilfredsstillende løsning. Sykepleiernes globale videreutvikling, utløser diskusjoner om de ulike praktiserte etiske forholdene. Øverst i skjemaet**Hensikt:** Hensikten var å belyse sykepleiens etiske aspekter når en pasient ønsker eutanasi. **Metode:** Studien er en allmenn litteraturstudie, for å svare på hensikten ble det brukt 12 forskningsartikler som ble funnet på anerkjente databaser. Forskningsartiklene er bakgrunn for resultatdelens besvarelse, og ble kategorisert i de fire prinsippers etikk: Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. **Resultat:** Det viste seg at sykepleiernes erfaringer, kunnskap, holdninger, moral, normer og livssyn var avgjørende faktorer for sykepleiernes syn på eutanasi. De beskrev blant annet utfordringene ved etiske retningslinjer, lovverk og tverrprofesjonell samhandling, og hva de kunne medbringe. Samtidig poengterte funnet sykepleiernes syn på viktigheten av å ivareta pasientenes ønsker, meninger og følelser. **Diskusjon:** Litteraturstudiens resultat ble understøttet av relevant faglitteratur. Eutanasi og hva dilemmaet medfører ble diskutert og ulike fasetter belyst. Viktigheten av å inkludere pasienten i avgjørelser over sitt eget liv ble framhevet, samt viten om plikten sykepleierne har til å forholde seg til en profesjonell deontologi. **Konklusjon:** Den individuelle sykepleierens syn på etikk preges av flere faktorer. Etikkens refleksjoner og overveielser i den profesjonelle konteksten, samt lovverkets grunnlag skaper basisen for sykepleiernes utøvelse.

**Nøkkelord:** Eutanasi, fire prinsippers etikk, lovverk, sykepleie, yrkesetiske retningslinjer.

**Abstract**

**Introduction**: Euthanasia is an intense discussed subject, worldwide. Registered nurses will meet patients in different phases of life; some of them might wish at a particular time a self-determined premature death, something that could cause a difficult ethical situation for the nurse. Even though knowledge has increased in relation to palliative treatment, it is obvious that this is not always a satisfying solution. Global professional advancement in terms of nursing practice brought up discussions regarding related professional ethics. **Purpose**: The ethical aspects of nursing practice will be discussed against the background of the available technical literature, in case a patient is asking for euthanasia. **Method:** The method is a general literature study. In regards to the purpose, twelve scientific article / papers from recognized databases were analyzed. Based on the scientific articles the results have been lined out and have been categorized due to the four ethical principles: beneficence, not to harm, autonomy and equity. **Results**: It became obvious that life experience, professional knowledge, attitude, ethos, cultural norms and world-view were decisive factors for nurses’ perception on euthanasia. They delineated amongst others challenges concerning ethical guidelines, to satisfy laws and regulations, cross-professional interaction and their importance. At the same time the results emphasizes the importance nurses sense to meet patients concerns, opinions and emotions. **Discussion:** The results of the literature study is supported by relevant scientific literature. The ethical dilemma of euthanasia has been discussed and the different aspects the ethical dilemma contains have been highlighted. The importance of involving the patient into the decision making process about his/her own life has been emphasized including the knowledge about nurses’ responsibility in regards to the professional deontology. **Conclusion:** The individual nurses’ conception about ethics is influenced by many different aspects. Reflections on ethics and convictions regarding to the professional context, including legislation are the fundamental basics for professional nursing.

**Keywords:** Ethical guidelines, euthanasia, laws, nursing, the four principles ethics.

Innhold

[1.0 Introduksjon 1](#_Toc451362498)

[1.1 Etiske dilemmaer og etisk vanskelige situasjoner. 1](#_Toc451362499)

[1.2 De fire prinsippers etikk. 2](#_Toc451362500)

[1.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2](#_Toc451362501)

[1.4 Autonomi 3](#_Toc451362502)

[1.5 Lovgivning 4](#_Toc451362503)

[1.6 Hensikt 4](#_Toc451362504)

[2.0 Metode 5](#_Toc451362505)

[2.1 Litteraturstudiet 5](#_Toc451362506)

[2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk 5](#_Toc451362507)

[2.3 Avgrensning og granskning av forskningsartikler 6](#_Toc451362508)

[2.4 Inklusjonskriterier og Eksklusjonskriterier 6](#_Toc451362509)

[2.5 Analyse 6](#_Toc451362510)

[2.6 Etiske overveielser 8](#_Toc451362511)

[3.0 Resultat 9](#_Toc451362512)

[3.1 Velgjørenhet (gjøre godt mot andre) 9](#_Toc451362513)

[3.2 Ikke skade (plikt å ikke skade) 10](#_Toc451362514)

[3.3 Autonomi (plikten til å respektere menneskets egne ønskelige beslutninger) 13](#_Toc451362515)

[3.4 Rettferdighet (plikten til å behandle like tilfeller likt) 14](#_Toc451362516)

[4.0 Diskusjon 17](#_Toc451362517)

[4.1 Metodediskusjon 17](#_Toc451362518)

[4.2 Resultatdiskusjon 18](#_Toc451362519)

[4.2.1 Velgjørenhet 18](#_Toc451362520)

[4.2.2 Ikke skade 22](#_Toc451362521)

[4.2.3 Autonomi 26](#_Toc451362522)

[4.2.4 Rettferdighet 29](#_Toc451362523)

[5.0 Konklusjon 30](#_Toc451362524)

[Litteraturliste](#_Toc451362525)

[Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier](#_Toc451362526)

[Vedlegg 2: Skjema for artikkelgranskning](#_Toc451362527)

[Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler](#_Toc451362528)

[Vedlegg 4: Meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier](#_Toc451362529)

# 1.0 Introduksjon

I denne litteraturstudien belyses sykepleiens etiske aspekter, når en pasient ønsker eutanasi. Studien baseres på et sykepleierperspektiv og legges frem på grunnlag av vitenskapelig originalartikler og faglitteratur. Funnene av originalartiklene vil bli presentert i resultatet.

Globalt er sykepleieryrket stadig i utvikling. Flere pasienter velger å få behandling i utlandet og sykepleierne velger å få yrkeserfaringer fra andre land. Eutanasi er ulovlig i Norge, men likevel er temaet sterkt omdiskutert, både politisk og samfunnsmessig (Aakre, 2009). Sykepleiere kan møte pasienter som på grunn av progredierende sykdom, og eventuell opplevelse av redusert livskvalitet, uttrykker et sterkt ønske om å dø. Som sykepleier møter man ulike pasienter med ulike ønsker. Ifølge Molven (2014) kan sykepleiere møte etiske og moralske vanskelige situasjoner.

Eutanasi-begrepets opprinnelige forståelse er en god, mild og lett død. Ordet blir i dagens språk, både på norsk og engelsk brukt som en samlebetegnelse på en handling, som kan ha innvirkning på et menneskes død (Kasaa, 1998). Ved å bruke denne definisjonen, mener forfatterne at det etiske dilemmaet ved eutanasi kommer tydelig frem. Det anses som svært viktig å sette fokus på hvorfor dilemmaet bør diskuteres. I følge Sneltvedt (2012) skal grunnlaget for all sykepleie i Norge, være ærefrykt for hvert individs liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på kunnskap, omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Sykepleieyrket har utviklet seg over lang tid. Før handlet det om å gi god pleie og omsorg, men i senere tid omhandler sykepleie også deltagelse i medisinsk behandling og vurdering. I helsevesenet vil menneskesynet til hvert enkelt individ påvirke forståelsen av praksis og den enkeltes yrke. Dette kan forme moralske holdninger som kan påvirke måten sykepleiere ser på sykdom og helse, behandling og pleie, og pasientens rett til medvirkning og medbestemmelse over sitt eget liv. De moralske holdningene og menneskesynet kan også påvirke sykepleiernes oppfatninger om hva som er et verdig liv, og dermed skape ulike meninger. De profesjonelles menneskesyn kan påvirke handlingene deres, og dette kan ha store konsekvenser for enkeltmenneskets skjebne (Nortvedt & Grimen, 2004, referert i Odland, 2012).

##

## 1.1 Etiske dilemmaer og etisk vanskelige situasjoner.

Sykepleiere kan ofte møte etiske dilemma i sykepleiepraksisen. Dette kan være konflikter mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp. Etiske dilemmaer gir sykepleierne valg mellom flere verdier som er ønskelig å fylle, men kan føre til uønskede konflikter. Verdikonflikter kan skape uklarhet og utfordring for sykepleierne til hva som kan og må prioriteres, for å kunne ta nødvendige beslutninger. En situasjon er etisk vanskelig når verdier står på spill, som det av flere grunner kan være problematisk å få realisert i situasjonen. Sykepleiere tar faglig hensyn i møte med pasientens problemer, men også pasientens verdier (Slettebø, 2012).

Et dilemma kan defineres som et problem som det ikke ser ut til at man kan finne en tilfredsstillende løsning på, eller et valg eller en situasjon som involverer valg mellom ulike uønskede alternativer. Etiske dilemmaer er situasjoner som involverer motstridene moralske krav som medfører spørsmål som: Hva bør jeg gjøre? Hva er det rette å gjøre? Hvilke skade eller nytte vil denne handlingen eller beslutningen medføre? (Davis og Aroskar 1983, s.6, referert i Slettebø, 2012, s. 46).

## 1.2 De fire prinsippers etikk.

I slutten av 1970 årene kom en gruppe amerikanske filosofer, teologer, jurister og leger som arbeidet i en medisinsk etisk kommisjon frem til en enighet om fire etiske prinsipper. De nevnte hadde forskjellige religiøse, politiske og etiske grunnholdninger, men ble allikevel enige om at de fire prinsippene var viktige ved løsning av kompliserte medisinske-etiske problemer (Tranøy, Ruyter, Førde og Solbakk, referert i Brinchmann, 2012). Hvert prinsipp defineres som en plikt: *Velgjørenhet*, plikt til å gjøre godt mot andre. *Ikke skade*, plikt til å ikke skade andre. *Autonomi*, plikten til å respektere menneskers egne ønskelige beslutninger. *Rettferdighet*, plikten til å behandle like tilfeller likt. Disse er ikke hierarkisk rangert da de blir vurdert som likeverdige (Beauchamp & Childress, Ruyter, Førde & Solbakk, Slettebø, referert i Brinchmann, 2012).

## 1.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Et av formålene til norsk Sykepleierforbund er å sikre en høy etisk sykepleiefaglighet. Forordet til de yrkesetiske retningslinjene, sier at de skal verne sykepleierens viktige verdier og at de viser til konkretisering av hva god praksis er. De omhandler sykepleierens forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn (Norsk sykepleierforbund, referert i Sneltvedt, 2012).

De yrkesetiske retningslinjene gir rom for egen spontanitet, følelser, gode hensikter og refleksjoner, dette på grunn av at de ikke har strenge handlingsregler. Hver sykepleier har egne holdninger, verdier, erfaringer og valg av handlinger. Dette skaper en basis for etiske refleksjoner. Som fagperson, har sykepleierne makt til å gjøre en forskjell i forhold til menneskers liv og muligheter. Dette må ivaretas på en moralsk forsvarlig måte da pasientene som regel setter sin lit til helsepersonell. Det forventes at denne makten ikke misbrukes slik at den faller i sykepleiernes favør (Sneltvedt, 2012).

Kjernen i sykepleien kan beskrives som en praktiserende medmenneskelighet (Nortvedt 1998, referert i Sneltvedt 2012). De fundamentale pliktene i sykepleie er ifølge Norsk Sykepleierforbund (2011), referert i Sneltvedt (2012), å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse, samt å sikre pasienten en verdig død.

Helsepersonelloven regulerer lover og forskrifter som gjelder sykepleierne og er dermed deres profesjons lov. Lover er noe sykepleiere må forholde seg til. Yrket blir også regulert gjennom såkalte etiske prinsipper og retningslinjer. De etiske prinsippene i behandlings- og omsorgsammenheng bygger på felles tenkning om mennesket, og har en stor betydning både internasjonalt og nasjonalt. De yrkesetiske retningslinjene skal fungere som en slags veileder for sykepleiere, men først og fremst skal loven overholdes. Dette innebærer at myndigheten ikke reagerer, om sykepleiere bryter yrkesetikken med mindre det samtidig er brudd på loven. I Norge kan det å bryte yrkesetikken ha konsekvenser i form av en eventuell eksklusjon fra yrkesorganisasjonen sykepleieren er organisert under (Molven, 2014).

## 1.4 Autonomi

Brukermedvirkning fremstilles som en borgerrettighet i Stortingsmelding 34 (1996-1997). Det demokratiske prinsippet belyses slik at den som berøres av en beslutning blir hørt, tatt på alvor og får tatt del i beslutningsprosessen (Vatne, 2011). Begrepet autonomi defineres som utøvelse av uavhengige og selvstendig, bevisste vurderinger i en situasjon der formålet er å oppnå et ønsket resultat (Tranøy 1999, referert i Vatne 2011). Den individuelle autonomien betegner brukerens selvbestemmelse, som da betinger kapasiteten til å vurdere saksforholdene som gir grunnlag for evnen til å vurdere konsekvensene av gode eller dårlige valg. Fokus på enkeltindividets autonomi ble uttrykt gjennom verdier, selvråderett og det å ta ansvar for eget liv (Vatne, 2011).

## 1.5 Lovgivning

Helselovgivning er bygget opp under prinsipper som kvalitet, rettferdighet, rettsikkerhet, likhet og rettigheter. Det er viktig at sykepleierne har kunnskap om lovgivning for å yte rett og forsvarlig helsehjelp. Noen lover skaper i praksis etiske dilemmaer, derfor finnes det lovgivning som sikter rett til kjernen av disse (Molven, 2014).

Molven (2014) sier:

For eksempel følger det av straffeloven §233 at eutanasi (aktiv dødshjelp) er helt ulovlig og straffes som medvirkning til drap, uavhengig av om handlingen har et etisk motiv fundert på medlidenhet og / eller i konsekvens avhjelper enorme plager for pasienten. Lovgiver har fullt ut tatt standpunkt til hva som er samfunnsmessig etisk rett handling i et dilemma en del behandlere kommer i. Pasienter kan ikke få hjelp til å avslutte livet. Samtidig har lovgiver tatt hensyn til den gode hensikt (sinnelaget) hos den som gir slik hjelp, ved i slike tilfeller å sette ned minimumsstraffen for drap, jf straffeloven §235. Noen ganger er det samtidig erkjent at valget lovgiver har gjort, er såpass problematisk at (alt) helsepersonell ikke uten videre skal måtte handle i samsvar med dette (s.71-72).

## 1.6 Hensikt

Sykepleiere møter pasienter i ulike livssituasjoner- og faser der tanker, følelser og emosjoner kan fremtre. Dette kan resultere i at sykepleierne får henvendelser som kan skape etiske, moralske utfordringer og problemstillinger. Det oppleves at sykepleiere blir konfrontert med pasientens ønsker. Samtidig kan plikten til å forholde seg til det profesjonelle ansvaret, skape konflikter mellom pasientens autonomi og sykepleiernes rettslige rammer. Ut i fra dette ble det utarbeidet følgende hensikt:

*Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiens etiske aspekter når en pasienten ønsker eutanasi.*

# 2.0 Metode

## 2.1 Litteraturstudiet

Metoden som ble brukt i studien er en allmenn litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengströ (2013) er formålet med en allmenn litteraturstudiet å gjennomføre et litteratursøk av allerede eksisterende forskning for å understøtte og framheve hensikten.

Relevant forskning blir valgt ut på en systematisk og kritisk måte, for å kvalitetssikre studien (Polit & Beck, 2012).

## 2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

I studien ble det gjennomført et litteratursøk i flere databaser som Medline, Eric og Cinahl. Flest relevant forskning ble funnet på databasen Medline som ifølge Polit og Beck (2012) er en av de mest nyttige elektroniske databasene for sykepleiere. Forsknings litteratur som ble funnet på denne databasen var mest relevant for hensikten av denne studien. I følge Polit og Beck (2012) er det viktig å være kritisk til hvilke type forskning man anvender i studien. Forskning av forskerne som selv har gjennomført studien skal brukes, noe som ble anvendt i dette litteratursøket. Utvalgte søkeord var følgende: ethics, nursing, euthanasi. Søkeordene ble kombinert på ulike måter med OR og AND.

Tabell 1: Utdrag fra søkestrategier (Vedlegg 1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Database**  | **Avgrensinger**  | **Søkeord**  | **Antall treff** | **Utvalg 1** | **Utvalg 2** | **Utvalg 3**  | **Utvalg 4** |
| Medline | FulltekstSpråk: Engelsk | Ethics, (exp. Ethics, Nursing)ANDEutha-nasia | 550 | 33 | 18 | 12 | 5 |

## 2.3 Avgrensning og granskning av forskningsartikler

Videre ble søket avgrenset til publiserings år, originalartikler, abstrakt og språk. Forskning fra 2006 til nåværende ble inkludert. Det ble søkt etter forskning på engelsk, norsk, svensk, dansk, og tysk. Språkmessig ble engelske artikler foretrukket for å kunne få et internasjonalt perspektiv som svarer til hensikten. Oppgaven ville vise til forskning fra Europeiske land, dette for å kunne belyse de etiske aspektene ved hensikten på en mest norsk nærliggende kulturell måte. I følge Polit og Beck (2012) er det en stor fordel å dokumentere fremgangsmåten nøye, for å gjennomføre et effektivisert søk. I artikkelgranskningen ble Sjøbloms og Ryggs (2012) formular til artikkelgranskning anvendt for å kritisk kunne vurdere forskningsartiklene (vedlegg 2). Titlene på forskningsartiklene ble lest og relevansen ble vurdert. Var tittelen av interesse, ble abstrakte lest og kritisk vurdert. Hvis abstraktet var av betydningsfull verdi og sakrelatert til hensikten, ble hele artikkelen lest og vurdert. Ved granskning av utvalgte artikler, er det en fordel å skape en strategi for å best mulig kunne granske artiklenes informasjon (Polit & Beck, 2012).

##  2.4 Inklusjonskriterier og Eksklusjonskriterier

I følge Polit og Beck (2012) er eksklusjonskriterier definert som kjennetegn eller egenskaper av forskningsresultater som ikke samsvarer med angitte kriterier. Inklusjonskriterier er dermed egenskaper og kjennetegn som samsvarer med avgrensede kriterier og svarer til oppgavens hensikt.

Inklusjonskriterier for denne oppgaven er sykepleierne som jobber på sykehus, hjemmebasert eller i sykeheimen. Videre skulle forskningen belyse de etiske utfordringene sykepleierne kan møte, hvis en pasient ønsker eutanasi. Derfor skulle resultatene inneholde de etiske holdningene, utfordringene, erfaringene og oppgavene som sykepleierne møter i sitt yrke. Hvis artiklene handlet om annet helsepersonell enn sykepleierne eller ikke belyst etiske aspekter, var dette eksklusjonskriterier. Formålet med det systematiske litteratursøket var å beskrive, fra en sykepleiers perspektiv.

## 2.5 Analyse

I litteraturstudien ble det utført en analyse over innholdet av de utvalgte artiklene for å få en god oversikt og et godt innblikk (Polit & Beck, 2012). De utvalgte artiklene ble lest i sin helhet, vurdert opp mot relevansen i forhold til hensikten, for å så kunne trekke ut hovedessensen av resultatene. For å kunne få en helhetlig oversikt over funnene og relevansen av disse ble det anvendt en tabell, der artiklene systematisk ble sortert (vedlegg 3). Deretter ble felles utsagn av de ulike artiklene samlet som resulterte i meningsbærende enheter, subkategorier som da dannet kategoriene (vedlegg 4). Hovedkategoriene er grunnlaget for innholdet i studien og skaper en strukturert oppdeling av funnene som presenteres i litteraturstudiens resultatdel og diskusjonsdel.

Tabell 2: Eksempler på hovedfunnene i forskningen (vedlegg 4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meningsbærende enheter** |  **Subkategorier** |  **Kategorier** |
| **Velgjørenhet (gjøre godt mot andre)** - De fleste sykepleiere var enige i at terminale pasienter burde få smertestillende medikamenter selv om de kan føre til fremskyndet død.- Mesteparten av sykepleiere mente at leger ikke bestandig burde prøve å redde livet til pasienten, uansett om pasienten ønsket det.- Halvparten av sykepleierne mente at å gi medikamenter som fører til koma, som har døden som et formål, er en optimal dødsprosess | Sykepleierne var opptatte av pasientens beste, de vurderte pasientens muligheter grundig og hvilke medikamenter som var best for en etter deres mening for å oppnå en fredfull livsavslutning. Sykepleierne mente at en del av deres ansvar var at alle rundt prosessen ved eutanasi ble ivaretatt på best mulig måte. Samtidig var flesteparten også enige i at sykepleierne ikke skulle utføre noe som de fikk samvittighetsproblemer for.  | Sykepleierens etiske Velgjørenhetsprinsipp |

## 2.6 Etiske overveielser

Helsefaglig forskning innebærer at en komité har tatt en etisk vurdering av forskningen (Slettebø, 2012). I følge Polit og Beck (2012) er det viktig med etiske prinsipper for å beskytte deltagerne i studien. Det ble vurdert at sykepleierne i de valgte artiklene deltok frivillig. Deltagere har rett til fullstendig informasjon om studiens hensikt og formål som forskerne har ansvaret for. Det er i hovedsak tre etiske prinsipper som forskningen skal baseres på: velgjørenhet, rettferdighet og verdighet. Alle forskningsartikler ble vurdert ut ifra om de var godkjent av en etisk komité og i hvilken tidsskrift de ble publisert i. I denne studien belyses det et etisk dilemma som sykepleiere kan møte, dermed er det svært relevant med etisk vurderte artikler, som er av faglig høy kvalitet og viser respekt for deltageres meninger, synspunkt, overveielser og følelser.

# 3.0 Resultat

## 3.1 Velgjørenhet (gjøre godt mot andre)

Det å gjøre godt mot pasient- og pårørende er viktig for sykepleierne. Å gjøre godt er ikke alltid det samme i hver situasjon og er heller ikke lik for hver sykepleier. Det finnes faktorer som påvirker sykepleiernes holdning til det etiske dilemma som eutanasi innebærer for gjøre-godt-prinsippet. Faktorer som påvirket sykepleiernes holdninger i forhold til å være for eller imot eutanasi var muligheten til palliativ pleie og en filosofi om livet der erfaring og kunnskap spilte inn. Videre var det viktig for sykepleierne å forholde seg til en profesjonell deontologi og lovens reguleringer, for å kunne utføre det som betraktes som best sykepleie for pasienten. Dette var faktorer som påvirket sykepleiere i etiske beslutninger i forhold til velgjørenhets- prinsippet (Brzostek, Dekkers, Zalewski, Januszewska & Gorkiewicz, 2008). Erfarenhet skaper kunnskap og erfarne sykepleiere kan vurdere etisk vanskelige situasjoner på en annen måte, da sjansen er større for at de har blitt berørt av slike etiske utfordringer tidligere. De har opplevd å ta del i å avgjøre hva som er best for pasienten og tørre å stå i etisk utfordrende situasjoner. Sykepleiere som hadde erfaring med prosessen rundt livsavsluttende avgjørelser var mer for eutanasi enn de uerfarne (Ingelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens 2009). Derimot ble det ytret meninger om at god palliativ behandling ville redusere etterspørselen av eutanasi, derfor var de sykepleierne som hadde disse meningene et mer reservert forhold til eutanasi. Sykepleiere ønsker å gjøre det beste for pasientene ved livets slutt, og muligheten for alternative løsninger anses som viktig å ta i betraktning (Tamayo – Velazquez, Simon- Lorda, & Cruz – Piqueras, 2012). Videre kom det frem i studien av Gielen, van den Branden, van Iersel & Broeckaert, (2009) at noen sykepleiere mente palliativ behandling ville sette en total stopper for etterspørselen av eutanasi. Det å gi pasienter alternative behandlingsmuligheter kan oppleves som å stride imot det sykepleierne kan forsvare.

Flertallet av sykepleierne var imot eutanasi på grunn av samvittighetsproblemer. I helsesektoren kan dette oppleves som utfordrende og det er avgjørende for sykepleiere å bevirke de rette tiltakene for hvert individ. Livsforlengende medikamenter, forventning om mulig medisinsk videreutvikling førte til at sykepleierne anså det som meningsløst å fremskynde døden, disse faktorene er vesentlig i de etiske vurderingene og utfordringene, der spørsmålet blir hva som er å gjøre godt (Kumas, Öztun & Alparslan, 2007). For sykepleiere er det avgjørende å kunne ta del i beslutninger som omhandler pasienten. Slik kan sykepleiere få muligheten til å formidle pasientenes ønsker. Det kan oppleves som utfordrende for sykepleierne å avgjøre noe de ikke kan stå for. For noen sykepleiere ville ikke eutanasi ha vært en velgjørende gest og det ville da ha blitt vanskelig for de å bistå ved denne prosessen. Videre ga arbeidsplassene sykepleierne mulighet til å avstå utførelsen av eutanasi grunnet samvittighetsproblemer. Noen av deltagerne mente at de dette gjaldt, burde unnskylde seg fra selve beslutningsprosessen, samt pleien av den syke som ønsket eutanasi (Gastmans, Lemiengre & Dierckx de Casterle´ 2006).

Det var viktig at sykepleierne hadde en god dialog med de involverte i prosessen ved eutanasi, slik at familie, nære relasjoner og kolleger kunne finne fred over situasjonen. Viktigheten av et godt kommunikativ grunnlag, viste seg å være et nyttig hjelpeapparat for å kunne avdekke pasientens og pårørendes ønsker og bekymringer, slik at sykepleierne kunne yte det optimale, for alle involverte i eutanasi prosessen (Denier, Dierckx de Casterle’, De Bal & Gastmans, 2009). Sykepleiere kan ha nytte av gode relasjoner og et tett samarbeid med pårørende, som ganger pasienten i å få best mulig behandling. I følge Gastmans et al. (2006), har sykepleierne et ansvar og en funksjon for ettervern til den avdødes familie, noe som kan føre til at pårørende føler seg ivaretatt i en eventuell sorgprosess.

 Å innse at livet kommer til å ta slutt kan oppleves som vanskelig, og slike situasjoner kan skape utfordringer for alle involverte. Sykepleierne ønsker å gjøre det beste for pasienten. Dette involverer også døden, og om det er etisk riktig å redde et liv, og hvilket liv den vedkommende da eventuelt får. Mesteparten av sykepleiere mente at leger ikke bestandig burde prøve å redde pasientens liv, selv om pasienten ønsket det (Kumas et al. 2007).

## 3.2 Ikke skade (plikt å ikke skade)

Det å utøve faglig forsvarlig sykepleie er en av de grunnleggende faktorene for all sykepleie. Linjen mellom å gjøre det beste for pasienten og ikke skade kan være en individuell vurderingssak og er avhengig av pasientens og pleierens synspunkt. Oppgavene sykepleierne utøver skal være sykepleieroppgaver som er forsvarlig og sykepleierrelevant. Sykepleierne sa at de har hovedsakelig en praktisk og et organisatorisk ansvar i prosessen ved eutanasi. Viktigheten av å holde god oversikt gjennom hele prosessen rundt eutanasi hadde ifølge sykepleierne stor betydning. Sykepleiere har forskjellige ansvarsområder der viktigheten av å ikke skade pasienten er sentralt. Flertallet av sykepleierne mente at gjennomføring av eutanasi ikke var en akseptabel sykepleier oppgave. Derimot mente fåtallet av sykepleierne at selve forberedelsene rundt eutanasi prosessen er en anselig oppgave som inngår i profesjonsfelten (Denier et al. 2009; Van Bruchen-van de Scheur, JG van der Arend, Huijer Abu-Saad, CB van Wijmen & HJ ter Meulen, 2008)

Tverrprofesjonell samhandling og tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å utøve en faglig høyverdig og forsvarlig avgjørelse og utøvelse av sykepleie, som har med formål å sikre pasientens avgjørelser. På sykehusene og sykeheimene var det et større samarbeid mellom leger og sykepleiere, i forhold til rådgivning og vurderinger rundt prosessen enn i hjemmesykepleien. Sykepleierne uttrykte hvor viktig det var for de å blir inkludert i diskusjoner og avgjørelser, spesielt i et slikt etisk dilemma der viten om beslutninger som tas i forhold til medikamentell- og livsforlengende behandling eller avslutning (Ingelbrecht et al. 2009; Van Bruchen-van de Scheur, JG van der Arend, Huijer Abu-Saad, CB van Wijmen, Sreeuwenberg & HJ ter Meulen, 2008). For å kunne utøve helseforsvarlig og fagkyndig sykepleie er det svært relevant at anvendt informasjon om et tema eller prosedyre er faglig oppdatert.

Å ikke skade pasienten betyr å utøve sykepleie der man er trygg og sikker på oppgaven man utfører og at man blir, eller selv involverer seg i det helhetlige pasientforløpet. Hver pasient er et unikt individ med sine individuelle behov, helsetilstander, utfordringer og ønsker. Over halvparten av sykepleierne opplevde at de hadde for lite informasjon om eutanasi og de ønsket å bli mer involvert i den livsavsluttende prosessen (Ingelbrecht et al. 2009; Kumas et al. 2007).I de fleste tilfellene erfarte sykepleierne som også var med i beslutningsprosessen at de hadde hovedsakelig administrative oppgaver under den livsavsluttende prosessen. Sykepleierfaget innebærer retningslinjer som hver sykepleier skal og må forholde seg til. Arbeidsplasser kan ha egne retningslinjer som inneholder og avgrenser profesjonens fagområder, og dermed arbeidsoppgaver som inngår under hver enkel profesjon. Over halvparten av sykepleierne sa at retningslinjene beskrev deres ansvarsområdet rundt eutanasiprosessen. Derimot svarte minoriteten av sykepleierne at retningslinjene ikke tok stilling til dette (Van Bruchen-van de Scheur et al. 2008).

Etiske retningslinjer gir sykepleierne et pekepinn om hvordan de skal opptre og utøve sykepleie. Retningslinjer kan variere fra land, kommune og arbeidsplass. Flertallet av sykepleierne anga at sykehusene og sykehjemmene hadde skriftlige etiske retningslinjer i forhold til eutanasi. De fleste av disse retningslinjene hadde en eksplisitt definisjon på hvilke oppgaver sykepleierne hadde i aktiv dødshjelp. De aller fleste lederne ved sykehuset og sykehjemmene valgte frivillig og opplyse sykepleierne om arbeidsplassens etiske retningslinjer, mens de færreste lederne valgte å ikke formidle disse retningslinjene. Det å informere og oppdatere seg om etiske retningslinjer til en arbeidsplass, er viktig for sykepleierne slik at de vet hva de skal forholde seg til og hvordan sykepleie skal utøves i følge retningslinjene. Flertallet av sykepleierne svarte at deres arbeidsplass ikke hadde noen form for selvskrevne retningslinjer i forbindelse med at en pasient etterspurte eutanasi. Fåtallet av sykepleierne visste ikke om arbeidsplassen hadde slike etiske retningslinjer (Gastmans et al. 2006; Van Bruchen-van de Scheur et al. 2008).

Sykepleierne mente at ansvaret om pasientenes smertelindring er en medisinsk oppgave. De opplevde at grensen mellom hva som var nødvendige og tilstrekkelige tiltak for god smertelindring kunne tolkes som et forsøk på å fremskynde døden. Sykepleiere opplevde definisjonen på hva lidelse innebærer som utfordrende. På den ene siden å kunne avgjøre og tolke smerter, og på den andre siden handle i henhold til etiske og kulturell legale rammebetingelser, som har til hensikt å gjøre det beste for pasienten og samtidig ikke skade eller la pasienten lide (Seymour, Janssens & Broeckaert, 2006).

Sykepleiernes etiske holdninger, moral og normer spiller inn i avgjørelsen om hva sykepleierne er komfortabel med å utføre, samtidig profesjonens forventninger. Vanskelige situasjoner kan skape en strid mellom sykepleierne om hva hver enkelt synes er riktig å utøve. Bare halvparten av sykepleierne var villige til å administrere livsavsluttende medikamenter til pasientene som ønsket bistand til å avslutte livet (Goel, Chhabra, Weijma, Solari, Thornton, Achondo, Pruthi, Gupta, Kalantri, Ramavat & Kalra, 2014). For at sykepleierne føler seg i stand til å utføre en prosedyre som bringer med seg å administrere livsavsluttende medikamenter er det viktig at de føler seg forberedt, noe som halvparten av sykepleierne mente at de gjorde (Van Bruchen-van de Scheur et al. 2008).

Å ikke skade, men samtidig gjøre godt for pasienten slik at ønskene blir ivaretatt, kan føre til vanskelige og utfordrende situasjoner. Det finnes medikamenter de fleste sykepleierne ifølge Ingelbrecht et al. (2009) ville bruke for å gjøre pasientens valg om å avslutte livet best og mest komfortabel som mulig. De mente dermed at medikamenter som førte til at pasienten først havnet i koma, med formål om å fremskynde døden er en optimal dødsprosess. Det å ikke skade innebærer videre kunnskap om medikamenter og metoder som kan anvendes for å oppfylle pasienten “siste” ønske. En tiendedel av sykepleierne var villige til å administrere livsavsluttende medikamenter i samhandling med lege og i noen få tilfeller administrerte sykepleierne medikamentene selv. I etisk vanskelige og utfordrende situasjoner er det viktig å opptre profesjonell men samtidig sette pasientens beste i fokus. Det kan betyr at man som sykepleier må ta avstand fra noe man ikke kan utføre. Noen sykepleiere sa at de ikke ville administrere livsavsluttende medikamenter, mens mesteparten var villige til dette (Ingelbrecht et al. 2009).

I flere land er eutanasi en stadig omdiskutert debatt og mange sykepleiere mente at det var et stort rettslig ansvar som sykepleierne fikk ved legalisering av eutanasi (Kumas et al. 2007).

## 3.3 Autonomi (plikten til å respektere menneskets egne ønskelige beslutninger)

Autonomi handler om at sykepleierne ser, hører og respekterer pasientens meninger og ønsker, å møte disse med ærbødighet. For å kunne imøtekomme pasientens ønsker, er det avgjørende at sykepleierne setter sine meninger og følelser i bakgrunn for å forholde seg til profesjonell deontologi. Det var sykepleiere som støttet eutanasi, når pasienten er bevisst og etterspør dette tydelig. Samtidig fantes det sykepleiere som også støttet eutanasi når pasienten blir kunstig holdt i livet, dette kun når pasienten tidligere hadde uttrykt dette ønske eksplisitt (Kumas et al. 2007). Sykepleierne var oftest enige i beslutningene om eutanasi. Dette på grunnlag av pasientens ønske om å dø, situasjonen opplevdes som håpløs og pasientens liv hadde blitt meningsløst (Van Bruchen-van de Scheur et al. 2008). Halvparten av sykepleierne mente at pasientene burde ha rettigheter til eutanasi om det var ønskelig fra pasientens side, mens en tredjedel mente de ikke skulle ha denne rettigheten (Tamayo – Velazquez et al. 2012). For å kunne avdekke pasientens ønsker er det av stor betydning at de inkluderes i behandlingsforløpet. Nesten alle sykepleierne mente at legene skulle gi pasienten mer innflytelse å høre på deres meninger i forhold til livsforlengende behandling. Over halvparten mente at pasientene heller kommuniserte med sykepleierne om temaet enn de gjorde med legene. Sykepleierne følte også at legene ikke hørte på deres meninger om palliative pasienter (Ingelbrecht et al. 2009). Tillit mellom pasient og helsepersonell er avgjørende i pasientsentrert omsorg for at de profesjonelle kan utøve individualisert behandling. Under en tredjedel av pasientene tok opp temaet eutanasi med legene først, mens nesten halvparten nevnte det først i samtale med sykepleierne. Under en tredjedel av pasientene snakket om ønske av eutanasi med både lege og sykepleier, men i de aller fleste tilfellene vurderte legen og sykepleierne pasientens ønske i samråd ved beslutningsprosessen (Van Bruchen-van de Scheur et al. 2008). Under halvparten av sykepleierne opplevde å få forespørsel om eutanasi fra pasientene (Goel et al. 2014).

Plikten til å respektere menneskets egne beslutninger burde også gjelde mellom kolleger da sykepleierne ofte møter vanskelige etiske utfordringer som det kan være vanskelig å møte alene. Sykepleierne mente at de gjorde dette da de respekterte hverandres avgjørelser i forhold til å administrere livsavsluttende medikamenter til pasienter som ønsket eutanasi. Videre mente de at bare sykepleiere som var enige i avgjørelsen om å utføre eutanasi skulle delta i den livsavsluttende prosessen (Van Bruchen-van de Scheur et al. 2008). Sykepleiere som jobbet i institusjoner og i hjemmebaserte tjenester hadde mindre aksept for eutanasi enn sykepleiere som jobbet på sykehus (Ingelbrecht et al. 2009). Flertallet av sykepleierne motsatte seg ikke eutanasi og støttet dermed reguleringen av frivillig eutanasi, slik den er beskrevet i den belgiske loven. Autonomiprinsippet baseres på selvbestemmelse og sykepleierne vurderte ufrivillig eutanasi som uetisk da pasientene ikke hadde formidlet et ønske om å dø, selv om noen sykepleiere var for en lov som regulerer ufrivillig eutanasi. I sykepleieryrket er det viktig å skille mellom privat og profesjon ved yrkesutøvelsen. Noe sykepleierne utrykte at det var opptatt av, da de skilte strikt mellom sin yrkesrolle og deres personlige meninger og følelser. Deres deltagelse i prosessen rundt eutanasi var begrenset slik at de var profesjonelle og tilstede på jobb, men skillet mellom rolle og privatperson var tydelig. Sykepleierne mente at det var viktig å sette sine meninger i bakgrunn å ha pasientens ønske i fokus. Dermed ble brukerautonomien i varetatt og pasienten opplevde brukermedvirkning (Denier et al. 2009).Videre var det et interessant spørsmål sykepleierne fikk da de skulle besvare om de selv ville ha mottatt eutanasi. Utfallet ble da at kun en tredjedel ønsket dette (Brzostek et al. 2008).

##

## 3.4 Rettferdighet (plikten til å behandle like tilfeller likt)

Plikten til å behandle like tilfeller likt innebærer god refleksjonsevne og en profesjonell holdning. Samtidig betyr det at sykepleierne kan ha en annen etisk oppfatning om etiske dilemmaer når det handler om seg selv, eller deres egne familiemedlemmer. Over halvparten av sykepleierne ville ikke akseptere eutanasi som en mulighet for familiemedlemmer eller nære relasjoner. Derimot ønsket de fleste sykepleierne at eutanasi skulle være en mulighet for dem selv. Det er flere faktorer som kan være årsaken for store forskjeller mellom profesjonalitet og privatliv. Under halvparten av sykepleierne ville ikke valgt eutanasi som en løsning for seg selv, dette begrunnet de med muligheten for behandling og religiøs tro som hovedfaktorer. Altså hadde de religiøse sykepleierne lavere aksept for denne helsetjenesten (Brzostek et. al 2008; Ingelbrecht et al. 2009; Kumas et al.2007). Flertallet av sykepleierne som var for egen eutanasi begrunnet dette med å unngå lidelse og at de ikke ville være til bry for noen (Kumas et al. 2007).

#

# 4.0 Diskusjon

Diskusjonen består av to deler; metodediskusjonen der litteraturstudiens fremgangsmåte diskuteres og styrker og svakheter med oppgaven belyses. I resultatdiskusjonen diskuteres funnene i resultatet opp mot relevant teori.

## 4.1 Metodediskusjon

I følge Polit og Beck (2012) skal metodediskusjonen presentere en vurdering av studiens generelle kvalitet og begrunne mulig inkonsekvens i metodens avgrensninger. Samtidig skal metodediskusjonen fremstille positive og negative aspekter med studien.

Søket ble hovedsakelig gjort i tre forskjellige databaser. Søket ble dermed begrenset, da bruk av flere databaser antakeligvis hadde utvidet søkeresultatene. Artiklene ble oversatt fra engelsk til norsk, således er det en mulighet for at eventuelle mistolkninger har oppstått. Hensikten med søket var å finne forskningsartikler som svarte på sykepleiens etiske aspekter når en pasient ønsker eutanasi. Samtlige artikler omhandler sykepleiernes erfaringer, holdninger, etiske retningslinjer, forventninger og en pasientsentrert utøvelse av sykepleie. Funnene i litteraturstudien anses som svært relevant for en alminnelig sykepleieutøvelse og for samfunnets utvikling og innovasjon.

Søkeordene var noe ensformige. Det kan tenkes å være en ulempe i forhold til et mer variert og breispektret funn. Samtidig ble det oppdaget at ved å bruke de utvalgte søkeordene ble funnene mest egnet.

Det ble valgt tolv forskningsartikler som svarte mot hensikten, og samtlige oppfylte de utvalgte kriteriene, noe som anses å styrke litteraturstudien. Noen søk ble avgrenset med årstall (2009), men til tross for dette ble det brukt forskningsartikler som var eldre (2006) enn avgrensningen. Disse ble inkludert på grunn av at de hadde stor relevans for oppgaven. De svarte mot hensikten og viste ulike etiske fasetter i forhold til sykepleieutøvelse, erfaringer og utviklingen eutanasi viser i de ulike europeiske land. Det ble blant annet brukt litteratur fra 1998, noe som kunne ha gitt misvisende kunnskap på grunn av dagens syn på sykepleie, og utviklingen som har skjedd siden. Det ble like vel valgt å bruke denne litteraturen da den ble vurdert som sentral i den nåværende sykepleieutøvelsen.

Tiden som var til rådighet opplevdes begrenset, noe som hadde betydning for oppgaven. Dermed kan det tenkes at fremgangsmåten av søket ikke ble like strukturert som ønsket, men de inkluderte artiklene anses til tross for dette som nyttig, svært relevant og av faglig høy kvalitet. Videre gir de interessante resultater som svarer på studiens formål. Det ble brukt 5 artikler der det ikke oppgis om de er godkjent av en etisk komité. Disse artiklene er likevel inkludert, ut i fra egne etiske overveielser, ved vurdering av databasenes kvalitet og anvendt granskning skjema som verktøy.

Oppgaven inkluderer både sykepleiere som jobber på sykehus, sykeheim og hjemmetjenesten. Dette har bidratt til et bredere spekter på oppgaven, og det kan tenkes at dersom det ble fokusert på et av områdene, så hadde resultatet blitt mer spesifikk.

Relevansen for den norske sykepleieutøvelsen kan diskuteres på grunn av at alle artiklene er fra europeiske land med ulike kulturer. Kulturforskjellene i Europa kan være store og dette kan resultere i at sykepleieutøvelsen er annerledes og sykepleiernes etiske belysning blir en annen enn i Norge. Siden eutanasi ikke er tillatt i Norge ble forskningsresultatene begrenset da utvalget av artikler ble noe innskrenket. Samtidig anser forfatterne temaet som uunnværlig å drøfte, på grunn av dets essensielle etiske dilemma. Videre valgte forfatterne og kategorisere resultatet og diskusjonen i de fire etiske prinsippene. Det oppleves at dette gir oppgaven en ryddig og strukturert form. Holm og Holm, referert i Brinchmann (2012) formidler at prinsippene bør stilles noe kritisk, da de har et lavt teoretisk abstraksjonsnivå. De er sterkt påvirket av amerikansk kultur og verdier. Dette kan skape uenighet da synet på autonomi og rettferdighet i Norge er noe ulik synet de har i USA.

## 4.2 Resultatdiskusjon

*Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiens etiske aspekter når en pasient ønsker eutanasi.*

### 4.2.1 Velgjørenhet

Prinsippet om å opptre velgjørende kan defineres som det å fremme det gode, for eksempel lindre smerte. Hvis pasienten ønsker noe annet enn det sykepleieren anser som velgjørende, kan velgjørenhetsprinsippet komme i konflikt med autonomiprinsippet (Molven, 2014). Resultatet viser at det er flere faktorer som påvirker sykepleiens etiske holdninger i forhold til å gjøre godt mot pasienten når eutanasi er ønskelig. Flere faktorer skapte innflytelse i forhold til om sykepleierne var for eller imot eutanasi. Disse var erfaringer, kunnskap, god palliativ pleie, profesjonell deontologi, lovens reguleringer, filosofi om livet, samvittighets-problematikk og muligheter for behandling og videreutvikling innen medisin. I følge Nortvedt og Grimen, referert i Odland (2012) kan de profesjonelles menneskesyn gi store konsekvenser for hvert individs skjebne.

Moralsk holdning og handling dreier seg om personlige egenskaper og det som gjør mennesker i stand til å handle moralsk godt (Brinchmann, 2012). Dette er også noe Brinchmann (2012) påpeker videre, der det vektlegges at sykepleiernes holdninger, den deontologiske etikken og møte mellom sykepleier og pasient preger yrkesutøvelsen. Deontologisk etikk betyr pliktetikk, å det skilles mellom indre og ytre plikter. Indre plikter er motivert innenfra, altså av den menneskelige fornuften, mens ytre plikter kan begrunnes i religion, regler eller lovgivning. Kristne plikter oppfattes oftest som ytre plikter. De baseres på Guds vilje og den vestlige kulturen har helt klart dype røtter i en kristen etikk, uavhengig om man kalles kristn eller ikke. Her gjør Matteus (7,12) en interessant konstatering når han skriver “ Alt det dere vil at andre skal gjøre mot dere, skal også dere gjøre mot dem. For dette er loven og profetene i en sum” (Brinchmann, 2012, s.58). De kristne plikter baseres ofte på de ti bud, innenfor sykepleie er det lett å se at noen av de ti bud har mer relevans enn andre, særlig budet “du skal ikke drepe”. Dette skaper rom for diskusjoner, hva er sykepleiernes syn på at andre gjør godt mot dem og hvordan skal sykepleierne etisk vurdere og handle ut i fra hva som er å gjøre godt mot pasienten?

Hvordan man handler i situasjoner er individuell og det avgjør ut ifra hvilken erfaringer og kunnskaper man har tilegnet seg (Brataas, 2011). Flere studier viste at erfarenhet og kunnskap hadde stor innvirkning på sykepleiernes meninger i forhold til om de var for eller imot eutanasi. I følge Brataas (2011) lærer man gjennom erfaringslæring. I en profesjon er det avgjørende å ha praksiserfaring. Slik kan sykepleiere lære gjennom praksissituasjoner og å reflektere over erfaringer. Læring oppstår gjennom kognitive prosesser, læring i sosialt samspill, tverrfaglig samarbeid og samhandling. Sykepleiere må eie et bredt handlingsrepertoar, et rikt forråd av kunnskaper og ferdigheter samt personlig og etisk engasjement. Det erfarte blir sortert og man danner antakelser eller personlig erfaringsbasert kunnskap. Sykepleiere vil, og skal handle ut ifra pasientens beste. For å utføre en handling trenger man erfaring, da handling er en primær erfaringsenhet. “ Mennesker lærer gjennom handling” (Brataas, 2011, s.64). Kunnskap er et direkte resultat av handlinger og erfaringer. Når det erfares og handles mer etterhvert og det dannes tolkninger og forståelser av situasjoner utvikles kunnskapen (Brataas, 2011). Livslang læring er fundamentet for å tilegne seg konstant ny og videreutviklet kunnskap (Langeland, 2012). Det kan tenkes at sykepleiere med erfaring ser behov og kan tenke seg ut fra tidligere erfaringer hva som ville ha blitt best for pasienten, selv om alle pasienter er forskjellige og krever individualisert behandling. Resultatet viste at noen sykepleiere mente at god palliativ behandling ville redusere etterspørsel om eutanasi. Dette kan være erfaringsbasert da de opplever at terminale eller syke pasienter har godt av god behandling under den palliative fasen og dermed ikke føler behov for å avslutte livet med medisinsk hjelp. I følge Kaasa (1998) er målet med den palliative behandlingen å sikre livskvaliteten til pasienten og pårørende på best mulig vis. Debatten om eutanasi blomstrer opp jevnlig. Muligheten for denne behandlingen er for noen en naturlig rettighet. Konsekvensen er at denne oppgaven blir helsepersonellets plikt. Det er også etter noens mening uetisk å diskutere eutanasi som behandling når den palliative behandlingen blir for ufullstendig og god nok smertelindring ikke oppnås. Dette er en av flere grunner til at palliativ medisin bør forbedres.

“Moral vil si regler eller retningslinjer for hva som er rett og galt, godt eller dårlig i det praktiske liv, og særlig i forhold til andre mennesker” (Tranøy, referert i Brinchmann, 2012, s.16). Samvittighetsproblemer var en stor utfordring for mange sykepleiere og et av hoved aspektene for at sykepleierne var imot eutanasi. Flere aspekter var muligheten til livsforlengende medikamenter og forventning om mulig medisinsk videreutvikling, som førte til at flere sykepleiere mente det var meningsløst å fremskynde døden. Å ønske de beste helsemessige utfall for pasienten innebærer at sykepleierne vurderer etiske vanskelige situasjoner ut ifra moral, normer og etiske verdier. Etiske utfordringer har med verdier og holdninger å gjøre, etikk er en teori om moral (Brinchmann, 2012). Sykepleiernes individuelle holdning om moral og deres normer utgjør hvilke situasjoner de føler seg komfortabel med. Situasjoner som skaper utfordringer i forhold til den enkeltes normer eller moral kan skape samvittighetsproblemer.

Sykepleiere som hadde vansker med å godta eutanasi burde ifølge arbeidsplassen trekkes ut av utførelsen av eutanasi samt beslutningsprosessen og pleien av pasientene som ønsket eutanasi. I følge Bang, referert i Orvik (2015) har hver arbeidsplass en organisasjonskultur. Denne kulturen betegner felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når sykepleierne samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i sykepleiernes handlinger og holdninger på jobben. Normer kan defineres om akseptable holdninger og handlinger. Verdier sier noe om hva som er verdifullt å strebe etter og virkelighetsoppfatninger hjelper de involverte til å fortolke hva som skjer rundt dem. (Orvik, 2015). Etiske dilemmaer er situasjoner der konflikt mellom ulike etiske prinsipper eksisterer og som sykepleierne kan føle seg forpliktet til. Som sykepleier pålegges det er etisk profesjonelt ansvar. Noen vanskelige situasjoner og dilemmaer kan løses internt ved hjelp av refleksjoner og debatt ved arbeidsplassen (Brinchmann, 2012). Resultatet viser at arbeidsplassen åpner opp for refleksjon, og muligheten for å avstå prosessen rundt eutanasi aksepteres når sykepleierne opplever utfordringer og samvittighetsproblemer rundt etisk vanskelige situasjoner, der de vil gjøre godt mot pasienten.

For sykepleiere er det viktig å kunne skape gode relasjoner til pasient og pårørende, da dette kan være avgjørende for behandlingsresultatet. Mye tyder på at gode kommunikasjonsevner som aktiv lytting og vise forståelse er viktig for å skape en allianse med pasient og pårørende (Bohart og Greenberg, Shane et al, Mitchell 2000, referert i Eide & Eide 2014). Resultatet viser til viktigheten av god kommunikasjon for å avdekke ønsker og bekymringer som oppstår hos pasienten og pårørende, og er dermed et godt hjelpeapparat. Det har også den hensikten å sikre pårørende rundt pasientene som ønsker eutanasi, slik at de kan finne fred over situasjonen på en best mulig måte.

Hvordan mennesker dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre. Både av hensyn til dem og til pasienten er det vår oppgave å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt. Det som skjer de siste timene før et menneske dør, kan lege mange tidligere sår, eller forblir som uutholdelige erindringer som forhindrer veien gjennom sorg (Cicley Saunders. 2003, referert i Husebø & Husebø).

Sykepleierne har ifølge resultatet et velgjørende ansvar for pårørende etter pasienten har gått bort da sykepleierne skal yte ettervern for de som opplever å miste et familiemedlem. Dette for at de etterlatte skal kunne komme seg videre i livet på en god måte. Å miste noen kan ifølge Helgesen (2011) føre til en sorgprosess og et såkalt kriseforløp. Det vil derfor være avgjørende at pårørende får optimal oppfølging etter dødsfallet for å opparbeide tapet. Det er viktig å ta i betraktning at opplevelsen av sorg og krise er individuelt og det finnes ingen oppskrift på hvordan man skal møte mennesker. For sykepleierne skaper ettervern mulighet til forbedring og refleksjoner, som ifølge Brataas (2011) fører til læring.

«Døden er uomtvistelig noe som vil ramme alle mennesker. Det er en naturlov, men samtidig noe vi strever for å unngå» (Kaasa, 1998, s.199). Sitatet nevnt ovenfor kan være en tøff realitet for mange og en utfordring for de som står i det. Sykepleiere har det å gjøre godt mot andre iboende, men blir det riktig å kategorisere døden som å ikke gjøre godt? «Kampen mot sykdom er også blitt en kamp mot døden» (Kaasa, 1998, s.163). Videre fører de medisinske framskrittene til at det blir gitt livsforlengende behandling til og med når det ikke er et realistisk håp. Det kan medføre lidelse og en smertefull tilværelse, det kan diskuteres om det anses som velgjørlig og å ikke skade (Kaasa, 1998). I resultatet mente noen sykepleiere at leger ikke under alle omstendigheter burde etterstrebe å holde liv i pasientene da de mente døden ville være en lettelse for pasienten, selv om pasienten ønsket å leve.

Velgjørenhetsprinsippet og ikke skade prinsippet hører tett sammen. Dermed kan det oppleves som vanskelig å skille mellom disse to prinsippene. Det kan være avgjørende å være åpen i forståelsen om hva som er å gjøre godt og hva som skader. Dette vil bestandig være individuelt for hver situasjon og person, uansett hvilke erfaringer og faglig kunnskap som kan være retningsgivende (Brinchmann, 2012).

### 4.2.2 Ikke skade

Det å ikke skade pasientene og utøve faglig forsvarlig helsehjelp er en av hoved aspektene i de fire etiske prinsippene som skal belyse sykepleiens etiske aspekter når en pasient ønsker eutanasi. Helsehjelpen skal være for pasientens beste og skal ikke skade.

I helsepersonelloven § 4 første ledd beskrives de rettslige ansvaret slik: “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Molven, 2014, s.127). Resultatet viser at flertallet av sykepleierne var usikker hva som er akseptable sykepleieroppgaver. Sykepleiere har ifølge Molven (2014) både en diagnostisk og behandlingsrettet virksomhet med et ansvar om habilitering /rehabilitering og forebygging, samtidig skal de gi god pleie og omsorg. Videre sier Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2012) at sykepleiens funksjons- og ansvarsområde også skal omhandle helsefremming, lindring, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning.

Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp skal gis. Hva innebærer slik forsvarlighet og omsorg, hvordan skal og kan man forholde seg til dette i faser der sykepleie skaper etiske dilemmaer og svært vanskelig håndterbare situasjoner? Det faglig forsvarlige retter seg ifølge Molven (2014) mest mot de tekniske områdene i sykepleieutøvelsen, for eksempel mot oppgaver som primært er erfarings -og kunnskapsbasert. Omsorgsfull hjelp omhandler i størst grad sykepleiens verdibaserte utøvelse. Utøvelsen innebærer dermed at omsorgen foretas verdig. Det vil si, gjøre etiske avveininger som knyttes til sykepleiens opptreden ovenfor pasienter og pårørende. Det er vanskelig å skille mellom disse to begrepene, da de inngår i hverandre. Kravet om forsvarlighet retter seg både mot det enkelte individets fagutøvelse men også mot virksomheten i seg selv. Dette kan dermed rettes mot resultatet der sykepleierne var usikre om hva som var en akseptabel sykepleieroppgave.

Sykepleiernes ansvar og krav om å utøve faglig forsvarlig helsehjelp blir avgrenset og sikret og virksomheten får et ansvar til å sikre ansattes utøvelse i hverdagen og på lang sikt. Dette gjøres for å ivareta pasientenes integritet, verdighet og retten til medbestemmelse, og for at de ikke skal oppleve krenkelse (Sneltvedt, 2012). Videre presiserer Orvik (2015) at sykepleierne burde tilegne seg den dobbelte kompetansen, på den måten er de i stand til å håndtere den komplekse og kliniske hverdagen i sykepleieryrket. Forståelsen hvorav det kliniske og det organisatoriske ansvaret utfyller og er avhengig av hverandre, skaper faginnhold i profesjonsutøvelsen. For å kunne lede seg selv som sykepleier, trenger man den dobbelte kompetansen. Dette innebærer viten om hvordan kliniske virksomheter fungerer og hvordan man arbeider som helsepersonell (Orvik, 2015).

Sykepleiere som bistår lege må i noen tilfeller utføre legens bestemmelse gjennom handling. De kan da utsettes for å måtte utføre, ifølge den enkelte sykepleierens syn på eutanasi, uforsvarlige oppgaver. Oppstår denne følelsen hos sykepleierne skal de formidle dette til legen. Helsepersonelloven § 4 andre ledd, sier noe om at helsepersonell skal innhente seg bistand eller henvise pasientene videre om det er nødvendig da helsepersonellet kjenner på sine egne begrensninger. Dette handler om at helsepersonellet skal kunne søke samarbeid og samhandling. Samarbeidet mellom lege og sykepleier kan være avgjørende for pasientens opplevelse og dens behandling (Molven, 2012).

Kunnskap, fag og disipliner er essensen i tverrfaglighet, mens tverrprofesjonalitet betegnes som et samarbeid mellom klinikere. Kontekst- og systemforståelse blir relevant da det kliniske blir knyttet til det organisatoriske- og det systematiske nivået. Dette antydes indirekte at begrepet tverrprofesjonalitet kan plasseres i samarbeidet mellom organisasjoner og sektorer (Orvik, 2015). I resultatet kommer viktigheten av den tverrprofesjonelle samhandlingen frem. Den er avgjørende for å utøve faglig høyverdig, forsvarlige avgjørelser og gjennomføring av sykepleiernes oppgaver der formålet er å sikre pasientenes autonomi. Videre sier resultatet at samarbeidet mellom lege og sykepleier var større på sykehus og sykehjem, enn det var i hjemmetjenesten i forhold til rådgivning og vurderinger i forbindelse med eutanasi. Sykepleierne ga uttrykk for viktigheten av sykepleiernes inkludering i diskusjoner og avgjørelser rundt slike etiske dilemma da de ønsker å være orientert rundt pasientenes forløp. Molven (2012) skriver at det er legen som har retten til bestemmelser i forhold til pasientens behandling. Legen har valget om å utføre handlingene selv, eller å delegere oppgavene til sykepleiere. Sykepleier og lege må stå arbeidsmessig i et forhold der de samarbeider om den konkrete pasienten og beslutninger rundt medisinske avhandlinger som er relevant i forbindelse med undersøkelser og behandling.

I følge Orvik (2015) betyr organisatorisk kompetanse i et strukturelt perspektiv at virksomheten signaliserer hvilke oppgaver som prioriteres og forventes utført. Ledelsesstrukturen skal være oppbygd slik, at det kommer tydelig frem hvem som har det faglige ansvaret for personalet. Hvilke kunnskaper og personlig kompetanse en leder har for faglig veiledning kan ha betydning for personalet. En slik kompetanse kan si noe om de ulike profesjoners plass og betydning i organisasjonen samt forholdet mellom profesjoner.

Sykepleierne har plikt om å holde seg faglig oppdatert, anvende ny kunnskap og utvikling i praksis. (Sneltvedt, 2012). Flere studier viste at sykepleierne følte at de hadde for lite informasjon om eutanasi og viktigheten av å bli inkludert i den helhetlige livsavsluttende prosessen som er individuell for hver pasient, kom tydelig frem. Hver pasient har individuelle opplysninger om sykdomsbildet samt den sosiale, psykiske og åndelige tilstanden og behovene. Sykepleierne har plikt til å innhente disse opplysningene. Dette er byggestein for å kunne fatte faglig riktige beslutninger ved behandlings- og pleietiltak. Sykepleierne har videre plikt til å vurdere hvilke opplysninger som er nødvendig å skaffe for å kunne yte en slik helhetlig pasientomsorg. Den psykososiale tilstanden pasienten er i, anses som vesentlig og skal ikke undervurderes, hver pasient har ulike spørsmål og behov for informasjon (Molven, 2014).

Et annet funn i studiene viste at de fleste arbeidsplassene hadde etiske retningslinjer som sykepleiere skal forholde seg til, viktigheten til å bli informert om slike retningslinjer og selv tar ansvar og informere seg viste seg til å har stor betydning for sykepleierne slik at de kunne utføre etisk god og forsvarlig helsehjelp. Sykepleiens grunnlag identifiseres ifølge NSF`s retningslinjer slik: “Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s.17).

Yrkesetiske retningslinjer omhandler også pliktetikken som ble beskrevet ovenfor. Sykepleierne har visse plikter i yrkesrelaterte situasjoner. De er viktige for sykepleierne som kan sikre en høy etisk faglig standard. Disse retningslinjene verner sykepleiernes viktige verdier samt at de omhandler forholdet sykepleierne har til profesjonen, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. Dermed konkretiseres hva god praksis skal innebære. Retningslinjene beskriver i tillegg moralske handlinger innenfor sykepleien som kan brukes som redskaper for refleksjoner og faglig argumentasjon, som kan gi retning for handlinger i praksis. En hovedverdi i yrkesetikken er å sikre en verdi død. Men hva er en verdig død? Dette skaper konflikt i grenseoppgangen mellom etikk og juss, uansett om lovverk og yrkesetiske regler harmonerer på de fleste områder, finnes det noen unntak. Derfor er det svært avgjørende at sykepleierne har informasjon og kunnskap om dette, at de kan forholde seg til yrkesetikken, men samtidig de overordnede lovreguleringene (Sneltvedt, 2012). Dette beskriver videre funnene som ble gjort i resultatet der sykepleierne belyste utfordringene de opplevde mellom grensen til å gi god, tilstrekkelig smertelindring og samtidig ikke fremskynde døden. Her gjør Sneltvedt (2012) en interessant konstatering: “Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død (s.104). Dette er ofte et sterkt omdiskutert tema i helsevesenet og det diskuteres hva som innebærer en “verdig” død. Grensen mellom aktiv og passiv dødshjelp har uklare definisjoner. I grenseland ligger for eksempel smertelindrende behandling som gis i den terminale fasen da noen medikamenter, for eks. opiater kan føre til respirasjonsnedsettelse, noe som kan fremskynde døden. Formålet er likevel å smertelindre pasienten best mulig. Behandlingen med smertelindrende medikamenter som kan fremskynde døden er lovlig så lenge det kan dokumenteres at legemidlene og dosen bare har et smertestillende formål. Dersom doseringen eller kombinasjonen av legemidler går lengre enn det som er nødvendig for smertelindring, kan det anses som uforsvarlig behandling. Myndighetene må i slike tilfeller gi reaksjon, videre vurderinger og mulige konsekvenser (Molven, 2009). Loven er overordnet. Det vil si når lovbestemmelse gir en klar løsning på et dilemma, kan ikke etiske retningslinjer brukes som grunnlag for å beslutte andre løsninger enn lovens, med mindre de bryter med menneskerettighetene (Molven, 2014).

I studien kom det frem at sykepleierne hadde forskjellige syn på hva de var komfortable med å utføre når etisk vanskelige situasjoner oppsto, uansett hvilke yrkesetiske retningslinjer som lå for grunn. I følge Sneltvedt (2012) har sykepleiere et ansvar for det faglige, rettslige, etiske, men også for egne handlinger og vurderinger i sykepleieutøvelsen. Dette gir grunnlaget for hva som forventes av profesjonen. Som tidligere nevnt er faglig forsvarlighet en av byggesteinene for god sykepleie. Dette anses dermed slik at sykepleierne kun skal utøve sykepleie som er rettslig og etisk forsvarlig. Det personlige ansvaret innebærer også til å kunne ta avstand fra noe man ikke kan forsvare (Molven, 2014). Dette blir tydeligere når sykepleierne poengterte det rettslige ansvaret eutanasi medbringer for yrkesutøvelsen. Aktiv dødshjelp kan defineres som å utføre en døds-bringende handling, hvor hensikten er å ta et liv. I Norge er aktiv dødshjelp ulovlig å dermed straffbart. Både medvirkning og aktiv gjennomføring medbringer straff ifølge den norske straffeloven. Aktiv dødshjelp er derimot lovlig i Nederland. (Husabø, referert i Molven 2009). Fokuset er å ikke skade pasienten men å forholde seg til etiske retningslinjer og lovverk. Grensen mellom å ikke skade og å kunne imøtekomme pasientens ønsker kan være en svært utfordrende balansegang.

### 4.2.3 Autonomi

Autonomi handler hovedsakelig om respekten for andres verdier, beslutninger og avgjørelser. Verdier og holdninger omhandler respekt og varhet, evne til å se, tie og lytte (Brinchmann, 2012). Dette gjenspeiles i studiens resultat, der det kom frem at det utslagsgivende for sykepleierne, var å legge sine synspunkt og følelser til side når en pasient ønsket eutanasi. Ivaretagelsen av pasientens autonomi og etterkommelsen av uttrykte ønsker, anså sykepleierne som svært viktige. Videre kom det frem at sykepleiernes meninger om pasientautonomien skulle omhandle hele livsløpet, inkludert døden.

Noen pasienter kan skriftlig formidle et såkalt livstestament om eventuelle behandlings ønsker. For eksempel å ikke bli holdt kunstig i livet, avslutte behandling og hvem som kan meddele deres ønske hvis pasienten selv ikke er i stand til dette. Slike dokumenter kan gi rom for avveininger som kan tas av helsepersonell, når pasienter kommer situasjoner der en ikke kan meddele seg muntlig. Utsagn fra livstestamentet endrer ikke på det straffbare i å yte eutanasi (Molven, 2009).

Passiv dødshjelp er regulert gjennom pasientrettighetsloven § 4-9 noe som poengteres i Molven (2009), som skriver:

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en dødende pasient ute av stand til å formidle et ønske om behandling, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres (s.201).

Dette har betydning ikke minst for behandlingen av en dødelig sykdom eller komplikasjon som det finnes tiltak mot. Det kan omhandle både å unnlate å benytte seg av tilgjengelige midler og om å avbryte en behandling som for eksempel å skru av respirator (Molven, 2009). Pasienter kan dermed nekte å ta imot behandling når det ikke er noe utsikt til helbredelse, men der behandlingen bare er en forlengelse av en uunngåelig dødsprosess. Helsepersonell er forpliktet til å respektere at dødende pasienter nekter å motta smertebehandling, selv om det er en mulighet til å lindre smerter hos pasienten. Når pasienten selv ikke lengre er i stand til å formidle egne tanker, meninger og ønsker kan pårørendes synspunkt om livsavslutning i utgangspunktet respekteres, jf §4-9. Dette innebærer at pårørende handler ut i fra viten om pasientens ønske, eller hva pasienten har formidlet til helsepersonell på et tidligere tidspunkt (Molven, 2009). Helsepersonell må ta en helhetlig vurdering om pårørende er i stand til en slik vurdering og har hatt nær kontakt med pasienten over tid. Pårørendes synspunkt skal kun være motivert av hensyn til pasienten og ikke noe annet. Dersom det etter slike vurderinger unnlates å gi livsforlengende behandling, inntrer ikke strafferettslig ansvar for helsepersonellet dersom/når pasienten dør (Molven, 2009).

 I følge Molven (2014) har pasientene rett til selvbestemmelse. Dette gjenspeiles også i resultatet der sykepleierne vektlegger pasientens innflytelse i eget behandlingsforløp. Molven (2014) sier, at alle tiltak helsepersonell utøver skal skje i samhandling med pasientenes ønske. Frivilligheten er basert på det etiske prinsippet om pasientautonomi, som innebærer at personer selv skal bestemme over det som gjelder dem. Likevel finnes det situasjoner der helsepersonell må handle på tvers av pasientens valg, på grunn av at valgene verken kan eller skal respekteres. Etter helsepersonelloven § 7, må det ytes hjelp når det oppstår et akutt behov for øyeblikkelig hjelp for å redde liv, hindre betydelige helseskade eller lindre betydelige smertetilstander. I slike tilfeller kan helsepersonell se bort fra mangel på samtykke. Lovgiver har ved denne bestemmelsen gått langt og støttet den paternalistiske tankegangen på å handle mot pasientautonomi. Samtidig skal den myndige pasientens ønske i situasjoner som ut fra politiske, religiøse eller etiske overbevisninger (sultestreik eller ikke vil motta blod) respekteres, også når avgjørelsen kan føre til en akutt livstruende tilstand, jf pasient-og brukerrettighetsloven §4-9. Dersom det ikke dreier seg om en akutt tilstand, men om alvorlig syke pasienter som er døende, skal ønske om å ikke få behandling respekteres og følges. Da skal den alminnelige selvbestemmelsesretten, jf §4-9, retten til å bestemme over liv og død gjelde, herunder også forbudet mot eutanasi og adgangen til å treffe behandlingsbegrensende tiltak og grensen mellom disse (Molven, 2014).

Autonomi viser seg i resultatet å være viktig for sykepleierne da de fleste ikke motsatte seg aktiv dødshjelp, å i den grunn støttet eutanasi og reguleringen slik landet beskriver den. Pasientautonomi ansett som et etisk og juridisk prinsipp. Pasientene har retten til innsyn og informasjon om sin egen helsetilstand, diagnose og forhold som er relevant for pasientens livssituasjon. I Norge blir dette i hovedsak festet opp til retten å nekte behandling (Førde, referert i Brinchmann, 2012). I slike tilfeller bør vurderingen om pasientens informasjon om egen helsetilstand er god nokk og om pasienten er kompetent til slike avgjørelser (Seedhouse, referert i Brinchmann, 2012). I resultatet belyses utfordringer i forhold til sykepleiere som støttet ufrivillig eutanasi og de som ser på dette som uetisk. Her kan autonomiprinsippet, det at pasienten ikke har gitt uttrykk får å ønske eutanasi, diskuteres opp mot velgjørenhet da spørsmålet blir; hva er ønskelig og hva blir best for pasienten? For at pasienten skal kunne selvstendig, foreta et valg forutsettes det god nokk informasjon mellom ulike alternativer og konsekvenser. Det er i samtale med pasienten at inntrykket om kunnskap og tilstrekkelig informasjon kommer frem (Lunde, 2012). I resultatet mente sykepleierne at legene skulle influere pasientene i større grad og lytte til deres mening rundt behandling som har intensjon om livsforlengelse. Noen mente at pasientene valgte å ytre sine meninger om eutanasi til sykepleierne i stedet for legene, mens noen følte pasienten tok opp temaet i samtale med både lege og sykepleier tilstede slik at begge fikk vurdere pasientens ønske i samråd rundt beslutningsprosessen. Sykepleierne har som regel kort tid på seg for å etablere relasjon og innhente seg et helhetlig bilde av pasientens og pårørendes situasjon. Punkter som sammenfatter aspekter som kan være av betydning for pasientenes valg kan være sykepleiernes observering og fortolkning av pasientens verbale og nonverbale signaler. Videre er likeverdige relasjoner, å møte pasientenes behov og ønsker, skape alternative perspektiver og nye handlingsvalg, forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, samt samarbeidet om å nå gode beslutninger og løsninger svært viktig for pasientens opplevelse av autonomi (Eide&Eide, 2014).

“Autonomien er størst ved håp om helbredelse og ved håp om død” (Kaasa, 1998, s.206).

Overfor sentraliseres autonomien i forbindelse med pasienten og dens ønsker, men respekten blant kolleger bør også, særlig i vanskelig etiske situasjoner være gjeldende da disse etiske utfordringene kan være tøffe å møte alene. I resultatet mente sykepleierne at de gjorde nettopp dette da de støttet hverandre i avgjørelser rundt aksepten i å administrere livsavsluttende medikamenter når pasienten ønsket det. Orvik (2015) sier noe om mulighetene for samhandling, dette forutsetter at koblingen mellom sykepleierne baseres på likeverd, tillit og gjensidig ansvar. Videre kom det frem i resultatet at sykepleierne også støttet hverandre, når uoverkommelige oppgaver for den enkelte sykepleieren skapte håndteringsproblemer. Det bør eksistere en felles forståelse av situasjonen og hva den innebærer. Således kan eventuelle utfordringer løses i solidaritet (Orvik, 2015).

### 4.2.4 Rettferdighet

Det å være rettferdig kan oppleves som svært utfordrende. Rettferdighet og god evne for å kunne prioritere pasientenes behov, er en svært viktig oppgave sykepleierne møter nesten daglig. Prinsippet innebærer at like tilfeller blir behandlet likt. Samtidig må også viktigheten med at ulike tilfeller skal og kan behandles ulikt poengteres. Det kan tenkes at vanskeligheten av å vurdere hva som er likt, og drøfte hvilke tilfeller som kan sammenlignes, kan være svært krevende og åpner rom for diskusjoner. Samtidig er sykepleiernes oppgave å kunne prioritere pasientenes behov i sin helhet og ut i fra dette ta beslutninger. Dette kan skape etisk stridbare situasjoner (Molven, 2014). Verdier som står på spill eller en konflikt mellom ulike verdier omhandler etiske dilemmaer, for eksempel rettferdighet og menneskeverd (Slettebø, 2012). Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer klarerer tydelig hva som forventes av profesjonens utøvelse, samtidig har hver sykepleier egne verdier som kan komme i konflikt med hva de selv anser som riktig utenom deres profesjonelle tilværelse (Kristoffersen, 2012). Dette viste seg også i resultatet der flertallet av sykepleierne anga at de ikke ønsket eutanasi som en mulighet for sine nærmeste familiemedlemmer, men ønsket om å selv ha en slik mulighet kom tydelig frem. Det viste seg at religion spilte en sentral rolle når sykepleiere skulle ytre sin mening om eutanasi. I følge Kristofferen og Nortvedt (2012) bygges sykepleie opp på den kristne sammenhengen om nestekjærlighet. Nestekjærlighet betraktes som omsorgens motiv og grunnlaget for pleie av syke. Ut fra dette kan det se ut til at tro har preget sykepleiens grunnlag og sykepleiernes meninger. Håp og tro om flere behandlingsmuligheter trer frem i resultatet.

I følge Molven (2014) bygger rettferdighet videre opp på flere etiske resonnementer sykepleiere må ta stilling til. En av disse er at handlingsalternativene skal rangeres ut fra verdighets - hierarkiet. Når sykdom rammer, kan noen pasienter oppleve sterke smerter som kan føre til opplevelsen av uutholdelig lidelse. Det kan føre til at pasienter kan føle seg til bry og opplever at de krever mye, og er en belastning for omverden. Spesielt når sykepleierne er nødt til å utøve rettferdighet og begrense tiden til hver og en pasient. Slike tanker kan føre til at en selv ønsker muligheten om eutanasi noe som flere sykepleiere poengterte.

# 5.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiens etiske aspekter når en pasienten ønsker eutanasi. Konklusjons baseres på funn i resultatdel og diskusjonsdel:

* Det viser seg å være mangfoldige holdninger, samt etiske fasetter rundt eutanasi.
* Religiøse livssyn, moral, normer, erfaringer og kunnskap spiller en stor rolle for sykepleiernes syn på eutanasi
* Det er ulovlig å utføre eutanasi i Norge. Nødvendigheten av å fremheve temaet er et faktum, da sykepleiere berøres av dette etiske dilemma.
* Det finnes ingen konkrete svar ved de etiske aspektene i forbindelse med eutanasi, derimot viser lovverk og yrkesetiske retningslinjer til plikten sykepleierne må forholde seg til.
* Forholdet mellom lovverk og yrkesetikk kan oppleves utfordrende. Lovens rammer er svært viktig, slik at ikke den enkeltes syn på etikk er det endelige svaret på dilemmaet.
* Oppgavens etiske refleksjoner kan også sees i sammenheng med andre etiske dilemma som sykepleierne kan møte.

## Litteraturliste

Aakre, M. (2009). Trenger vi dødshjelp?: Eutanasi betyr god død. Men hva er en god død? Og bør helsepersonell respektere pasientenes tolkning? *Sykepleien.no*, fra <https://sykepleien.no/etikk/2009/02/trenger-vi-dodshjelp>

Brataas, H. V. (2011). Læringssyn og sykepleiepedagogisk praksis. I H. V. Bratas (red.), *Sykepleie- pedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1.utg.). (s. 53-70). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (3.utg.). (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brinchmann, B. S. (2012). Innledning. I B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (s. 15-21). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brinchmann, B. S. (2012). Kliniske etikk- komiteer. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (s.191-208). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brinchmann, B.S. (2012). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (s.55-66). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brzostek, T., Dekkers, W., Zalewski, Z., Januszewska, A. & Gorkiewicz, M. (2008). Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses. *Nursing Ethics, 15 (6),* 761-776. doi: 10.1177/0969733008095386

Denier, Y., Dierckx de Casterle’, B., De Bal, N. & Gastmans, C. (2009). Involvement of nurses in the euthanasia care process in Flanders (Belgium): An exploration of two perspectives. *Journal of Palliative Care, 25 (4),* 264-274.

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Forsberg, C. & Wengstrom, Y.(2013) *Att gjöra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3.utg.). Stockholm: Bokforlaget Natur og kultur.

Gastmans, C., Lemiengre, J. & Dierckx de Casterle´, B. (2006). Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of Blackwell Publishing, 54 (1),* 53-61*.*

Gielen, J., van den Branden, S., van Iersel, T. & Broeckaert, B. (2009). Flemish palliative care nurses’ attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *International Journal of Palliative Nursing, 15 (10),* 488-497.

Goel, A., Chhabra, G., Weijma, R., Solari, M., Thornton, S., Achondo, B., Pruthi, S., Gupta, V., Kalantri S.P., Ramavat, A. S. & Kalra, O. P. (2014). End- of-life care attitudes, values, and practices among health care workers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 31 (2),* 139-147. doi: 10.1177/1049909113479440

Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press.

Husebø, B. S. & Husebø, S. (2003). *De siste dager og timer- behandling, pleie og omsorg ved livets slutt.* Oslo: MEDLEX Norsk Helesinformasjon.

Ingelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. (2009). Nurses’ attitudes towards end- of.life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine, 23,* 649-658. doi: 10.1177/0269216309106810

Kaasa, S. (1998). Etikk – den kronisk syke med kort forventet levetid. I S. Kaasa (red.), *Palliativ behandling og pleie* (s. 199-211). Gjøvik: Ad Notam Gyldendal.

Kaasa, S. (1998). Eutanasi. I S. Kaasa (red.), *Palliativ behandling og pleie* (s. 163-172). Gjøvik: Ad Notam Gyldendal.

Kaasa, S. (1998). Livskvalitets- målinger i et helseperspektiv. I S. Kaasa (red.), *Palliativ behandling og pleie* (s. 257-272). Gjøvik: Ad Notam Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). (s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). (s. 15-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). (s. 281-341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kumas, G., Öztun, G. & Alparslan, Z. N. (2007). Intensive care unit nurses’ opinions about euthanasia. *Nursing Ethics, 14 (5),* 637-650. doi: 10.1177/0969733007075889

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Lunde, B. V. (2012). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie*  (s. 166-188). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Molven, O. (2009). *Helse og jus: En innføring for helsepersonell* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4. utg.).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Odland, L.H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (3utg.).

 (s. 23- 41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse (*2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Polit, D.F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research*: *Generating and assessing evidence for nursing practice* (9.utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Seymour, J. E., Janssens, R. & Broeckaert, B. (2006). Relieving suffering at the end of life: Practitioners´perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Science & Medicine, 64,* 1679-1691. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.030

Sjøblöm og Rygg (2012), inspirert av Hellzèn, Johanson og Pejlert för urval i SBU- rapport(1999).

Slettebø, Å. (2012). Etiske dilemmaer. I B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (s. 42-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (s.209-223). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (3. utg.).(s.97-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

Van Bruchen-van de Scheur, A., van der Arend, A., van Wijmen, F., Huijer Abu-Saad, H. & ter Meulen, R. (2008). Dutch nurses attitudes towards euthanasia and physician- assisted suicide. *Nursing Ethics, 15 (2),* 186-198. doi: 10.1177/0969733007086016

Van Bruchen-van de Scheur, G. A., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F., Sreeuwenberg C. & HJ ter Meulen. R. (2008). Alleviation of pain and symptoms with a life-shortening intention. *Nursing Ethics, 15 (5),* 682-695. doi: 10.1177/0969733008092876

Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F., Sreeuwenberg,C. & HJ ter Meulen, R. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Blackwell Publishing Ltd,* 1618-1626. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x

Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleiernes pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid. I H. V. Brataas (red.), *Sykepleie- pedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1.utg.). (s. 123-135). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

## Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier

Utvalg 1: lest artiklenes tittel

Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3. lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for granskning og vurdering

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Database**  | **Avgrensinger**  | **Søkeord**  | **Antall treff** | **Utvalg 1** | **Utvalg 2** | **Utvalg 3**  | **Utvalg 4** |
| Medline | FulltekstSpråk: Engelsk | Ethics, (exp.Ethics, Nursing)ANDEuthana-sia | 550 | 33 | 18 | 12 | 5 |
| Ovid | FulltekstSpråk: Engelsk, Danska, Tysk, Svensk og Norsk | Ethics AND Nursing ANDEuthana-sia | 6 | 6 | 6 | 3 | 2 |
| Eric | FulltekstSpråk: Engelsk, dansk, svensk, tysk og norsk | NursingANDEthicsANDEuthana-sia | 3 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| Medline | FulltekstSpråk: Engelsk, norsk, dansk, svensk og tysk | Ethics (exp. Ethics / Nursing) ANDEutha-nasia (exp.Eu-thanasia / Ethics) | 31 | 31 | 31 | 12 | 4 |
| Medline | Fulltekst2009-d.dSpråk: Engelsk og Norsk | Ethics (exp. Ethics / Nursing)ANDEuthanasia (exp. Euthana-sia / Ethics) | 7 | 7 | 7 | 1 | 1 |
| Medline | FulltekstSpråk: Engelsk og Norsk | Nursing ANDEuthana-sia (exp. Euthana-sia / Ethics) | 21 | 21 | 18 | 6 | 3 |
| Medline | FulltekstSpråk: Engelsk, norsk, svensk, dansk og tysk | EthicsAND NursingANDEuthana-sia | 16 | 16 | 8 | 4 | 2 |

## Vedlegg 2: Skjema for artikkelgranskning

**Artikkelgransking/vurdering**

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejlert för urval i SBU-rapport (1999).

Database :………………………………… Datum:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tittel:……………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

Forfattere:…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………..…………………………………

År:……….. Tidskrift/journal:………………………………………………

Land hvor studien ble gjennomført:……………………………………………………………

**Type studie**: Original □ Review □ Andre □…………………..

 Kvantitativ □ Kvalitativ □

**Nøkkelord:**

……………………………………. ..................................................................

…………………………………….. ..................................................................

…………………………………….. ..................................................................

…………………………………….. ..................................................................

**Kvalitetsvurdering:** Høy (I)□ Middels (II)□ Lav (III) □

Kommentar/begrunnelse……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………. Fortsatt vurdering: Ja □ Nei □ Motivering:……………………………………………………………………………………..

KVALITETSVURDERING

**Problemstilling/hypotese**:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Type studie**

**Kvalitativ**: Deskriptiv □ Intervensjon □

 Andre □...........................................................................

**Kvantitativ**: Retrospektiv □ Prospektiv □

 Randomisert □ Kontrollert □

 Intervensjon □ Andre □...................................

**Studiens omfang**: Antall førsøkspersoner (N): ……….. Frafall (N) ………………

Tidspunkt for studien? ......................................... Studiens lengde ……………

**Betraktes**: Kjønnsforskjeller? Ja □ Nei □ Aldersaspekter? Ja □ Nei □

**Kvalitative studier**

Tydelig avgrensing/Problemformulering? Ja ⁭ Nei ⁭

Er perspektiv/kontekst presentert? Ja ⁭ Nei ⁭

Finns et etiskt resonnement? Ja ⁭ Nei ⁭

Er utvalget relevant? Ja ⁭ Nei ⁭

Er forsøkspersonene vel beskrevet? Ja ⁭ Nei ⁭

Er metoden tydelig beskrevet? Ja ⁭ Nei ⁭

Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet? Ja ⁭ Nei ⁭

Gyldighet: Er resultatet logist, forståelig, i

overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt? Ja ⁭ Nei ⁭

**Kvantitative studier**

***Utvalg****:* Fremgangsmåten beskrevet Ja □ Nei □

 Representativt Ja □ Nei □

 Kontekst beskrevet Ja □ Nei □

***Frafall****:* Analysen beskrevet Ja □ Nei □

 Størrelsen beskrevet Ja □ Nei □

Intervensjonen beskrevet Ja □ Nei □

Adekvat statistisk metode Ja □ Nei □

Hvilken statistisk metode ble brukt?

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

Etisk resonnement Ja □ Nei □

***Hvor troverdig er resultatet?***

Er instrumentet -valide Ja □ Nei □

 -reliable Ja □ Nei □

Er resultatet generaliserbart? Ja □ Nei □

**Hovedfunn:**

………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

##

## Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ForfattereÅrTidsskriftTittelLand | Studiens hensikt | Design/Intervensjon/ instrument | Deltakere/Bortfall | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| r, hBroeckaertSeymour, J. E., Janssens, R. & Broeckaert, B.(2006) Social Science & Medicine Relieving suffering at the end of life: Practitioners`Perspectives on palliative sedation frim three European countries. UK, Belgia og Nederland | Utforske klinkere og forskere sin forståelse og erfaring om palliativ sedering for å håndtere pasienters lidelse ved den palliative fasen og deres syn angående dets kliniske, etiske og sosiale implikasjoner | Kvalitativ studie Uformelle intervju | 11Leger14 Sykepleiere 10Forskere | Smertelindring er en medisinsk oppgave.Nødvendige tiltak for god og tilstrekkelig smertelindring kan tolkes som et forsøk på å fremskynde dødenHelsepersonell opplevde det som vanskelig å kunne avgjøre hva som innebærer lidelse og hvordan de skulle handle i henhold til etiske og kulturelle, legale rammebet-ingelser |  |
| Gastmans, Lemiengre, Dierckx de Casterle.(2006) Journal compilation Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia Belgia | Å undersøke sykehus og sykehjem som var katolske, hadde skrevne etiske retningslinjer i forhold til eutanasi og hvordan sykepleierens rolle ble beskrevet i disse retnings-linjene | Kvantitativ studie Tverrsnitlig beskrivende spørreskjema | 298 institusjoner | Sykepleierne har ifølge retningslinjene også en rolle for ettervern til den avdødes familieRetnings-linjene ga sykepleierne rom for å ikke delta, grunnet samvittighets-problemerUnder halvparten av sykehusene og sykeheimene mente at sykepleierne med et samvittighets-problem bør unnskylde seg fra alle beslutnings-prosesser rundt eutanasi og selve utførelsen av aktiv dødshjelpFlertallet av sykehusene og sykehjemmene hadde skriftlige etiske retningslinjer i forhold til eutanasi.De fleste av disse retningslinjene hadde en eksplisitt definisjon på hvilken rolle sykepleierne hadde i aktiv dødshjelp.De fleste lederne ved sykehuset og sykehjem opplyste de etiske retningslinjene frivillige til sykepleierne.En tiendedel av ledelsen av sykehusene og sykeheimene valgte å ikke fortelle deres ansatte om de etiske retningslinjene | The etichs commitee of Caritas Flanders vurderte denne studien etisk godkjent |
| Kumas, Oztunc, Alparslan(2007) Nursing Ethics Intensive Care Unit Nurses Opinions About Euthanasia Tyrkia | Å samle meninger om eutanasi fra intensivsykepleiere | Kvantitativ Spørre-skjema | 186 sykepleiere godtok å gjennomføre spørreundersøkelsen | Flertallet var imot eutanasi på grunn av samvittighet, livsforlengende medikamenter, forventning om medisinsk utvikling, meningsløst og fremskynde døden og rettslig ansvar.  |   |
| van Bruchem-Van de Schur, Van der Arend, Van Wijmen, Abdu-saad ter Meulen.(2008) Nursing Ethics Dutch Nurse`s Attitudes Towards Euthanasia AND Physician-Assisted Suicide Nederland | Kartlegge holdningene sykepleiere har i forhold til problemer rundt deres rolle ved eutanasi og lege-assistert selvmord | Kvalitativ og kvantitativ studie Intervju og spørreundersøkelse | 1509 Sykepleiere 1179 Sykepleiere returnerte spørreskjema | Flertallet av sykepleierne mente at gjennomføring av eutanasi ikke var en akseptabel sykepleier oppgaveUnder en tredjedel av sykepleierne mente at forberedelsen av eutanasi var en akseptabel sykepleier oppgave | The research ethics committee of the Academic Hospital Maastricht and Maastricht University godkjente studien |
| Van de Scheur, vand der Arend, Abu-saad, van Wijmen, Spreeuwenberg og ter Meulen (2008) Nursing Ethics Alleviation of Pain AND Symptoms WITH a Life-Shortening Intention Nederland | Å undersøke Sykepleiernes rolle, oppfatning, ansvar og problemer ved beslutninger rundt livets slutt. | Kvalitativ og kvantitativ studie Spørreundersøkelse | 1509 Sykepleiere 1179 Spørreskjema ble brukbare for analyse. | Legene rådførte seg oftest med sykepleierne i forhold til eutanasi på sykehusene og sykehjemmene enn i hjemmesykepleien.Noen sykepleiere ville ikke administrere livsavsluttende medikamenter, mens andre var villige til detteSykepleierne mente at de respekterte hverandres avgjørelse i å administrere livsavsluttende medikamenter. Bare sykepleiere som var enige i avgjørelsen om eutanasi skulle delta i den livsavsluttende prosessen. Sykepleierne var oftest enige i beslutningene om eutanasi, dette på grunnlag av pasientens ønske om å dø, når situasjonen virker håpløs og pasientens liv har blitt meningsløst | The research ethics committee of the Academic Hospital Maastricht and Maastricht University godkjente denne studien |
| Brzostek, Dekkers, Zalewski, Januszewska og Gorkiewicz (2008) Nursing Ethics Perception of Palliative Care AND Euthanasia Among Recently Graduated AND Experienced Nurses Poland | Å kartlegge oppfatningen av palliativ behandling og eutanasi blant nylig utdannede sykepleiere og erfarne sykepleiere | Kvantitativ og kvalitativ studie Strukturerte spørreskjema | 206 Nyutdannede sykepleiere 252Erfarne sykepleiere  | Faktorer som påvirket deres holdninger i forhold til eutanasi var, palliativ pleie, filosofi om livet (erfaringer/kunnskap), forholde seg til en profesjonell deontologi og lovens reguleringer En stor del av sykepleierne ville ikke akseptert eutanasi på nære relasjoner, mens noen ville selv motta eutanasi Over halvparten ville ikke akseptert eutanasi som en behandlings-mulighet for nære relasjoner  |   |
| Van Bruchem-van de Scheur, van der Arend, Abu-saad, van Wijmen, Spreeuwenberg, ter Meulen (2008) Journal of clinical Nursing Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses Nederland | Å utforske sykepleiernes rolle, oppfatning, ansvar og problemer i forhold til beslutninger ved livets slutt | Kvalitativ og kvantitativ studie Interviu og spørreskjema | 692 Sykepleiere 532 datainnsamlinger ble vurdert som passende og ble brukt i resultatet | En tiendedel av sykepleierne administrerte livsavsluttende medikamenter i samhandling med legenI noen tilfeller administrerte sykepleierne medikamen-tene selvFlertallet av sykepleierne sa at deres arbeidsplass hadde selvskrevne retningslinjer i forhold til pasienters etterspørsel / ønske om eutanasiNoen sykepleiere sa at arbeidsplassen ikke hadde slike etiske retningslinjerUnder en tredjedel av sykepleierne visste ikke om arbeidsplassen hadde slike etiske retningslinjer  | Theresearch ethics commitee of the Academic Hospital Maastricht and Maastricht University godkjente denne studien |
| Denier, Derickx de Casterle, De Bal og Gastmans (2009) Journal of Palliative Care Involvment og Nurses in the Euthanasia Care Process in Flanders ( Belgium): An exploration of two perspectives Belgia | Å utforske sykepleiernes involvering i pleie for syke som etterspør eutanasi | Kvalitativ studie Interviu | 18 Sykepleiere | Det var viktig at sykepleierne hadde en god dialog med alle involverte i prosessen ved eutanasi, slik at alle kunne finne fred over situasjonen (pasienten, pårørende, og kolleger)For å kunne avdekke pasientens ønsker og bekymringer var det viktig å skape et kommunikativt grunnlag med pasienten, familien og pårørendeSykepleierne var opptatt av å skille strikt mellom sin yrkesrolle og deres personlige meninger og følelserDeres deltagelse i prosessen ved eutanasi var begrenset slik at de at de var profesjonelle og tilstede på jobb men, skilte tydelig mellom rolle og privatpersonSykepleierne mente at det var viktig å sette sine meninger til side å ha pasientens ønske i fokusHovedfokus et til sykepleierne var å respektere pasientens ønske å være mest mulig sikker på at dette var pasientens ønskeSykepleierne er hovedsakelig praktisk og organisatorisk involvert i prosessen ved eutanasiSykepleierne organiserer alt rundt prosessen ved eutanasi samt pleien og utførelsenSykepleierne må tenke over hele prosessen og holde god oversikt | Studien er godkjent av The ethics commitee of the Faculty og Medicine of the Cathoholic University og Leuven |
| Inghelbrecht, Bilsen, Mortier, Deliens.(2009) Palliative Medicine Nurses`attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium Belgia | Å utforske sykepleiernes holdning og rolle i forhold til eutanasi. | Kvantitativ Tverrsnitlig spørreundersøkelse | 6000 Spørreskjema ble sendt ut 3733 spørreskjema ble returnert og vurdert egnet 23 av de ble vurdert som uegnet | De fleste sykepleiere var enige i at terminale pasienter burde få smertestillende medikamenter selv om de kan føre til fremskyndet død. Mesteparten av sykepleierne mente at leger ikke bestandig burde prøve å redde livettil pasienten, selv om pasienten ikke hadde gitt uttrykk for å ønske eutanasi. Halvparten av sykepleierne mente at å gi medikamenter som fører til koma, som har døden som et formål, er en optimal dødsprosess Sykepleierne som hadde erfaringer med ELD(end-of-life-decision) var mer for eutanasi  |  |
| Gielen, van den Branden, van Iersel, Broeckaert(2009) International journal og Palliative Nursing Flemish palliative care nurses`attitudes toward euthanasia: a quantitative study Belgia | Å kartlegge holdningene til Flemiske sykepleiere med palliativ omsorg i fokus, i forhold til eutanasi | Kvantitativ studie Anonyme spørreskjema | 589 Sykepleiere 415 av sykepleierne responderte | Flertallet av sykepleierne motsetter seg ikke eutanasi og støtter dermed regulasjonen av frivillig eutanasi, slik den er beskrevet i den belgiske lovenEn stor del av sykepleierne vurderte ufrivillig eutanasi som uetisk selv om nesten halvparten er for en lov som regulerer ufrivillig eutanasi.De fleste sykepleierne trodde at god palliativ omsorg ville sette en stopper for forespørsel om eutanasi  |   |
| Goel, Chhabra, Weijma, Solari, Thornton, Achondo, Pruthi, Gupta, Kalantri, Ramavat og Kalra(2013) American Journal og Hospice & Palliative Medicine End- of- life Care Attitides, Values, and Practices Nederland  | Å fastslå holdninger til sykepleiere i forhold til å gi omsorg i den livsavsluttende fasen, for å belyse misforhold som finnes i land med ulike bakgrunner. | Kvalitativ studie Strukturerte spørreskjema  | 200 Deltakere 109 sykepleiere fullførte undersøkelsen og de var fra Nederland 25 Sykepleiere fra India30 sykepleiere og leger fra Storbritannia 35 Helsepersonll fra Chile  | Halvparten av sykepleierne var villige til å administrere livsavsluttende medikamenter til pasienter som ønsker eutanasi Under halvparten av sykepleierne opplevde å få forespørsel om eutanasi fra pasientene  |  |

## Vedlegg 4: Meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meningsbærende enheter** |  **Subkategorier** |  **Kategorier** |
| **Velgjørenhet (gjøre godt mot andre)**– Flanders, Belgium (2)* De fleste sykepleiere var enige i at terminale pasienter burde få smertestillende medikamenter selv om de kan føre til fremskyndet død.
* Mesteparten av sykepleiere mente at leger ikke bestandig burde prøve å redde livet

til pasienten, uansett om pasienten ønsket det.* Halvparten av sykepleierne mente at å gi medikamenter som fører til koma som har døden som et formål, er en optimal dødsprosess
* Sykepleierne som hadde erfaringer med ELD var mer for eutanasi

**Ingelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens,L. (2009). Nurses’ attitudes towards end- of -life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine.***Polen 7* Faktorer som påvirket deres holdninger i forhold til eutanasi var, palliativ pleie, filosofi om livet (erfaringer/kunnskap), forholde seg til en profesjonell deontologi og lovens reguleringer
* **Brzostek, T., Dekkers, W., Zalewski, Z., Januszewska, A. & Gorkiewicz, M. (2008) Perception of Palliavtive Care and Euthanasia Among Recently Graduated and Experienced Nurses. *Nursing Ethics.***
* Under en tredjedel av sykepleierne var for legalisering av eutanasi i Tyrkia.

**Kumas, G., Öztun,G. & Alparslan, Z.N. (2007) Intensive Care Unit Nurses’ Opinions About Euthanasia. *Nursing Ethics.*** (3) Belgia- Sykepleierne har ifølge retningslinjene også en rolle for ettervern til den avdødes familie- Retningslinjene ga sykepleierne rom for å ikke delta, grunnet samvittighetsproblemer- Under halvparten av sykehusene og sykeheimene mente at sykepleierne med et samvittighetsproblem bør unnskylde seg fra alle beslutningsprosessen rundt eutanasi + utførelsen av aktiv dødshjelp (+evt. Pleie)**Gastmans, C., Lemiengre, J. & Dierckx de Casterle´.B (2006). Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of Blackwell Publishing, 57-58.***-***(5) Nederland / England***- Halvparten av sykepleierne er villige til å administrere livsavsluttende medikamenter til pasienter som ønsker eutanasi**Goel, A., Chhabra, G., Weijma, R., Solari, M., Thornton, S., Achondo, B., Pruthi, S., Gupta, V., Kalantri S.P., Ramavat, A. S. & Kalra, O. P. (2014). End- of-Life Care Attitudes, Values, and Practices Among Health Care Workers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*** (8)- Det var viktig at sykepleierne hadde en god dialog med alle involverte i eutanasi prosessen, slik at alle kunne finne fred over situasjonen (pasienten, pårørende, kolleger osv)- For å kunne avdekke pasientens ønsker og bekymringer var det viktig å skape et kommunikativt grunnlag med pasienten, familien og pårørende- Sykepleierne gir all informasjon som pasienten og pårørende trenger **Denier, Y., Dierckx de Caterle’, B., De Bal, N. & Gastmans, C. (2009). Involvment of Nurses in the Euthanasia Care Process in Flanders (Belgium): An exploration of two perspectives. *Journal of Palliative Care***11) - Halvparten av sykepleierne mente at pasienten som fikk kvalitativ god palliativ omsorg ikke etterspurte / ønsket eutanasi. Derimot var under en tredjedel uenig i denne påstanden**Tamayo – Velazquez, M. I., Simon- Lorda, P. & Cruz – Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics.***  | Sykepleierne var opptatte av pasientens beste, de vurderte pasientens muligheter grundig og hvilke medikamenter som var best for en etter deres mening for å oppnå en fredfull livsavslutning. Sykepleierne mente at en del av deres ansvar var at alle rundt prosessen ved eutanasi ble ivaretatt på best mulig måte. Samtidig var flesteparten også enige i at sykepleierne ikke skulle utføre noe som de fikk samvittighetsproblemer for.  | Sykepleierens etiske Velgjørenhetsprinsipp |
| **Ikke skade (plikt å ikke skade)**– Flanders, Belgium (2)* Sykepleiere som jobbet i institusjoner og hjemmebasert hadde mindre aksept for eutanasi.
* De fleste sykepleierne mente at avgjørelser i forhold til medikamentell behandling og livsforlengende behandling og avslutning skal bli diskutert med sykepleierne
* Halvparten av sykepleierne følte seg forberedt til å administrere livsavsluttende medikamenter.

**Ingelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. (2009). Nurses’ attitudes towards end-of -life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine.***(Tyrkia) (1)* Flertallet var imot eutanasi på grunn av samvittighet, livsforlengende medikamenter, forventning om medisinsk utvikling, meningsløst og fremskynde døden og rettslig ansvar.

**Kumas, G., Öztun,G. & Alparslan, Z.N. (2007) Intensive Care Unit Nurses’ Opinions About Euthanasia. *Nursing Ethics.***6 Nederland- En tiendedel av sykepleierne administrerte livsavsluttende medikamenter i samhandling med legen - I noen tilfeller administrerte sykepleierne medikamentene selv- Flertallet av sykepleierne sa at deres arbeidsplass hadde selvskrevne retningslinjer i forhold til etterspørsel / ønske om eutanasi- Noen sykepleiere sa at arbeidsplassen ikke hadde slike etiske retningslinjer- Under en tredjedel av sykepleierne visste ikke om arbeidsplassen hadde slike etiske retningslinjer **Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F., Sreeuwenberg, C. & HJ ter Meulen, R. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Blackwell Publishing Ltd***- Sykepleierne er hovedsakelig praktisk og organisatorisk involvert i eutanasi prosessen - Sykepleierne organiserer alt rundt eutanasi prosessen og pleie / omsorg- Sykepleierne må tenke over hele prosessen og holde god oversikt**Denier, Y., Dierckx de Caterle’, B., De Bal, N. & Gastmans, C. (2009). Involvment of Nurses in the Euthanasia Care Process in Flanders (Belgium): An exploration of two perspectives. *Journal of Palliative Care***(9) Nederland- Legene rådførte seg oftest med sykepleierne i forhold til eutanasi på sykehusene og sykehjemmene enn i hjemmesykepleien.- Noen sykepleiere ville ikke administrere livsavsluttende medikamenter, mens andre var villige til dette**Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F., Sreeuwenberg, C. & HJ ter Meulen, R. (2008). Allevation of Pain And Symptoms with a Life-Shortening Intention. *Nursing ethics.*** (10) Nederland- Flertallet av sykepleierne mente at gjennomføring av eutanasi ikke var en akseptabel sykepleier oppgave- Under en tredjedel av sykepleierne mente at forberedelsen av eutanasi var en akseptabel sykepleier oppgave**Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F. & HJ ter Meulen, R. (2008). Dutch Nurses Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Nursing Ethics.*** (3) Belgia- Flertallet av sykehusene og sykehjemmene hadde skriftlige etiske retningslinjer i forhold til eutanasi. De fleste av disse retningslinjene hadde en eksplisitt definert hvilken rolle sykepleierne hadde i aktiv dødshjelp.- De fleste lederne ved sykehuset og sykehjem opplyste de etiske retningslinjene frivillige til sykepleierne. - En tiendedel av ledelsen av sykehusene og sykeheimene valgte å ikke fortelle deres ansatte om de etiske retningslinjene**Gastmans, C., Lemiengre, J. & Dierckx de Casterle´.B (2006). Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of Blackwell Publishing, 57-58.***(12) UK- Smertelindring er en medisinsk oppgave. Nødvendige tiltak for god og tilstrekkelig smertelindring kan tolkes som et forsøk på å fremskynde døden- Helsepersonell opplevde det som vanskelig å kunne avgjøre hva som innebærer lidelse og hvordan de skulle handle i henhold til etiske og kulturelle legale rammebetingelser **Seymour, J. E., Janssens, R. & Broeckaert, B. (2006). Relieving suffering at the end of life: Practitioners´ perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Science & Medicine,* 1683-1686.** | Sykepleierne rapporterte at det hadde stor betydning for de at prosessen ble utført på en trygg måte, dette innebar erfaringer, medikamentell behandling, avgjørelsen, utførelsen, kunnskap, organisasjon, ansvar og yrkesetiske retningslinjer.  | Sykepleierens etiske plikt om å ikke skade |
| **Autonomi (plikten til å respektere menneskets egne ønskelige beslutninger)**(1) -Tyrkia* Under en tredjedel av sykepleierne støttet aktiv eutanasi, når pasienten er bevisst og etterspør eutanasi.
* Under halvparten av sykepleierne støttet passiv eutanasi etter pasientens ønske, når pasienten blir kunstig holdt i livet
* Flertallet av sykepleierne som var for egen eutanasi begrunnet dette med å unngå lidelse og at de ikke ville være til bry

**Kumas,G.,Öztun,G. & Alparslan, Z.N. (2007) Intensive Care Unit Nurses’ Opinions About Euthanasia. *Nursing Ethics.***(Polen) 7* Mens under en tredjedel av sykepleierne ville motta eutanasi selv

**Brzostek, T., Dekkers, W., Zalewski, Z., Januszewska, A. & Gorkiewicz, M. (2008) Perception of Palliavtive Care and Euthanasia Among Recently Graduated and Experienced Nurses. *Nursing Ethics.***(9)- Nederland* Sykepleierne mente at de respekterte hverandres avgjørelse i å administrere livsavsluttende medikamenter. Bare sykepleiere som var enige i avgjørelsen om eutanasi skulle delta i livsavsluttende prosessen.

**Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F.,Sreeuwenberg,C. & HJ ter Meulen, R. (2008) Alleviation of Pain and Symptoms with a Life-Shortning Inention. *Nursing Ethics.*** **(4) Belgia**- Flertallet av sykepleierne motsetter seg ikke eutanasi og støtter dermed regulasjonen av frivillig eutanasi, slik den er beskrevet i den belgiske loven- Over halvparten av sykepleierne var åpen for eutanasi til pasienter med demens og mindreårige (på grunnlag av deres egen vilje) - En stor del av sykepleierne vurderte ufrivillig eutanasi som uetisk selv om nesten halvparten er for en lov som regulerer ufrivillig eutanasi.- De fleste sykepleierne trodde at god palliativ omsorg ville sette en stopper for forespørsel om eutanasi**Gielen, J., van den Branden, S., van Iersel,T. & Broeckaert, B. (2009). Flemish palliative care nurses’ attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *International Journal of Palliative Nursing, 490-492***(8) Belgia- Sykepleierne var opptatt av å skille strikt mellom sin yrkesrolle og deres personlige meninger og følelser- Deres deltagelse i eutanasi prosessen var begrenset slik at de at de var profesjonelle og tilstedet på jobb men at de skilte tydelig mellom rolle og privatperson- Sykepleierne mente at det var viktig å sette sine meninger i bakgrunn å ha pasientens ønske i fokus - Hovedfokuset av sykepleierne var å respektere pasientens ønske å være mest mulig sikker på at dette var pasientens ønske **Denier, Y., Dierckx de Caterle’,B., De Bal, N. & Gastmans, C. (2009). Involvment of Nurses in the Euthanasia Care Process in Flanders (Belgium): An exploration of two perspectives. *Journal of Palliative Care***(9)- Sykepleierne var oftest enige i besluttningene om eutanasi dette på grunnlag av pasientens ønske om å dø, situasjonen virker håpløs og pasientens liv har blitt meningsløst**Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F.,Sreeuwenberg,C. & HJ ter Meulen, R. (2008).Allevation of Pain And Symptoms with a Life-Shortening Intention. *Nursing ethics.*** (11) Spania- Halvparten av sykepleierne mente at pasientene burde har rettigheter til eutanasi- En tredjedel av sykepleierne mente de ikke skulle har rett til eutanasi **Tamayo – Velazquez, M. I., Simon- Lorda, P. & Cruz – Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics.*** (2)- Nesten alle sykepleierne mente at legene skulle gi pasienten mer innflytelse å høre på deres meninger i forhold til livsforlengende behandling. - Over halvparten av sykepleierne mente at pasientene heller ville snakke med de om ELD enn med leger- Halvparten av sykepleierne mente at leger ikke hørte på deres meninger om døende/ svært syke pasienter**Ingelbrecht,E.., Bilsen,J.,Mortier,F. & Deliens,L. (2009). Nurses’ attitudes towards end-of.life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine.*** (5) UK- Under halvparten av sykepleierne opplevde å få forespørsel om eutanasi fra pasientene**Goel, A., Chhabra, G., Weijma, R., Solari, M., Thornton, S., Achondo, B., Pruthi, S., Gupta, V., Kalantri S.P., Ramavat, A. S. & Kalra, O. P. (2014). End- of-Life Care Attitudes, Values, and Practices Among Health Care Workers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*** **(6)** - Under en tredjedel av pasienter snakket først med legene om forespørsel om eutanasi-Nesten halvparten av pasientene snakket først med sykepleierne om forespørselen- Under en tredjedel av pasientene snakket om dette når både legen og sykepleier var tilstede- I de fleste tilfellene vurderte legen og sykepleierne pasientens ønske sammen (beslutningsprosessen) **Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F., Sreeuwenberg, C. & HJ ter Meulen, R. (2008). Euthanasia ans assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Blackwell Publishing Ltd.*** | Flesteparten av sykepleierne støttet pasientene i deres valg og prøvde å sette pasientenes ønsker i hovedfokus. Det var viktig å sette sine egne meninger og følelser i bakgrunn å handle ut ifra sin yrkesetiske rolle. De fleste mente at det er avgjørende å respektere hverandres meninger og ønsker for å yte best mulig sykepleie i pasientens favør.  | Sykepleierens etiske prinsipp angående autonomi  |
| **Rettferdighet (plikten til å behandle like tilfeller likt)**(Tyrkia)* Under halvparten ville ikke valgt eutanasi som en løsning for seg selv, dette på grunn av muligheten for behandling og religion
* Over halvparten av sykepleierne ville ikke akseptert at eutanasi ble utført på nære familiemedlemmer
* Over halvparten av spl. Mente at de hadde for lite kunnskap om eutanasi
* Religion var en av grunnene til at flertallet av sykepleierne var imot eutanasi
* - Religion var også en årsak til at nesten halvparten av sykepleierne ikke ville valgt eutanasi for seg selv

**Kumas, G., Öztun,G. & Alparslan, Z.N. (2007) Intensive Care Unit Nurses’ Opinions About Euthanasia. *Nursing Ethics.***(Polen) 7* En stor del av sykepleierne ville ikke akseptert eutanasi på nære relasjoner, mens noen ville selv motta eutanasi
* Over halvparten ville ikke akseptert eutanasi som behandlingsmulighet på nære relasjoner

**Brzostek, T., Dekkers, W., Zalewski, Z., Januszewska, A. & Gorkiewicz, M. (2008) Perception of Palliavtive Care and Euthanasia Among Recently Graduated and Experienced Nurses. *Nursing Ethics.***Flanders, Belgium (2) * Flertallet av sykepleierne mente at de skulle bli mer involvert i den hele (ELD = end - of - life) prosessen
* - Religiøse sykepleiere hadde lavere aksept for eutanasi
* **Ingelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. (2009). Nurses’ attitudes towards end-of -life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine.***

**(6) Nederland**- I de fleste tilfellene hadde sykepleierne som også var med i beslutningsprosessen en administrativ rolle under den livsavsluttende prosessen- Over halvparten av sykepleierne sa at retningslinjene beskrev deres rolle- En tiendedel av sykepleierne sa at retningslinjene ikke beskrev deres rolle **Van Bruchen-van de Scheur, G., JG van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., CB van Wijmen, F., Sreeuwenberg, C. & HJ ter Meulen, R. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Blackwell Publishing Ltd.*** | Sykepleierne var opptatte av å behandle pasientene likt uansett om de privat eller for deres egne familiemedlemmer ønsket noe annet. I noen land med sterke religiøse holdninger der eutanasi ikke er lovlig, var det noen sykepleiere som ikke var enige i at eutanasi skulle være en behandlingsmulighet. For å kunne utøve sykepleie likt var det viktige med retningslinjer som sykepleierne kunne forholde seg til. | Sykepleierens etiske plikt til å behandle like tilfeller likt (rettferdighetsprinsippet) |