



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	238
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7761
Engelsk tittel *:	Active euthanasia seen from nurse's ethical and moral perspective

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 11

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Aktiv dødshjelp sett fra sykepleiers etiske og moralske perspektiv

Active euthanasia seen from nurse's ethical and moral perspective

Kandidatnummer 238

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/institutt

for helse og omsorgsvitenskap/ Sykepleie

Haugesund

Innleveringsdato: 21.04.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema bunner i egne erfaringer i møte med pasienter som ønsker hjelp til å fremskynde døden. Aktiv dødshjelp er ikke lovlig i Norge og er et emne som stadig er oppe til diskusjon. Etter min mening blir ikke tematikken rundt aktiv dødshjelp belyst i stor nok grad i sykepleiestudiet. Jeg ønsker derfor med denne studien å belyse temaet.

Problemstilling: Hvilke etiske og moralske utfordringer kan sykepleier møte når en pasient med uhelbredelig sykdom ønsker aktiv dødshjelp?

Hensikt: Denne oppgaven har som hensikt å fremheve de ulike etiske og moralske aspektene knyttet til temaet aktiv dødshjelp, sett fra sykepleier og pasientens side. Samt undersøke hvordan vi som sykepleiere, med vår sykepleieteori og etikk kan ta stilling til pasienter som ønsker aktiv dødshjelp.

Metode: Besvarelsen er et litteraturstudium hvor jeg har anvendt forskning fra databasen Cinahl, samt relevant faglitteratur.

Resultat: I forskningsartiklene fremkommer det at sykepleiere møter på en rekke utfordringer i møte med pasienter som ber om aktiv dødshjelp. Sykepleiere møter utfordringer knyttet til egne verdier, motstridende følelser, pliktetikk og de fire etiske prinsippene utviklet av Beauchamp og Childress.

Konklusjon: Det er mange etiske problemstillinger knyttet til pasientens ønske om aktiv dødshjelp. Derfor er det viktig at sykepleier er klar over, og følger lover og de yrkesetiske retningslinjene i sitt arbeid med uhelbredelig syke pasienter med et uttalt dødsønske, uavhengig om disse lovene og retningslinjene motstrider ens personlige holdninger vedrørende emnet. Oppgaven besvarer at det både finnes for og mot argumenter innen aktiv dødshjelp. Både autonomi, pliktetikk, velgjørenhet og ikke-skade er sentrale prinsipper en sykepleier står ovenfor når en pasient med uhelbredelig sykdom ber om aktiv dødshjelp.

Abstract

Background: The background for the choice of theme is based on my own experiences in meeting patients who want help to die. Active euthanasia is not legal in Norway and is a topic that is constantly up for discussion. In my opinion, active euthanasia is not covered to a sufficient degree in the nursing study program. I therefore want this study to shed light on the topic.

Research question: What ethical and moral challenges can a nurse face when a patient with an incurable disease wants active euthanasia?

Aim: The purpose of this study is to highlight the various ethical and moral aspects related to the topic of active euthanasia, seen from the nurse's and the patient's side. As well as investigating how we as nurses, with our nursing theory and ethics can take a stand on patients who want active euthanasia.

Method: Literature study where I have used research from the database Cinahl, as well as relevant literature.

Results: The included research articles state that nurses face a number of challenges in meeting patients who request active euthanasia. Nurses face challenges related to their own values, conflicting emotions, ethics of duty and the four ethical principles developed by Beauchamp and Childress.

Conclusion: There are many ethical issues related to the patient's desire for active euthanasia. Therefore, it is important that the nurse is aware of and follows laws and the professional ethics guidelines in their work with patients with a pronounced death wish, regardless of whether these laws and guidelines contradict one's personal attitudes regarding the subject. This study answers that there are both for and against arguments within active euthanasia. Both autonomy, ethics of duty, charity and non-harm are key principles a nurse faces when a patient with an incurable disease requests active euthanasia.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Hva er aktiv dødshjelp?	6
1.2.1 Eutanasi	6
1.2.2 Legeassistert selvmord	7
1.3 Et etisk sykepleiefundament	8
1.3.1 Etisk teori.....	8
1.3.2 Fra teoretisk til medisinsk etikk.....	8
1.4 Fra prinsipper til lovverk og yrkesetikk.....	10
1.5 Tidligere forskning	11
1.6 Problemstilling:.....	12
1.6.1 Avgrensning	13
2 Metode	13
2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier:.....	14
2.2 Litteratursøk	15
2.3 Søketablell og søkehistorikk.....	16
2.4 Kildekritikk	21
2.5 Etisk vurdering.....	21
3 Funn:	22
3.1 Pasientens autonomi kan være i strid med ikke-skade-prinsippet.	22
3.2 Motstridende meninger rundt sykepleiers «makt» over døden.....	23
3.3 Sykepleiers motstridende følelser rundt aktiv dødshjelp	24
4 Drøfting	24
4.1 Argumenter for og imot aktiv dødshjelp sett fra sykepleiers etiske og moralske prinsipper.....	25
4.2 Er aktiv dødshjelp et uttrykk for hybris?	28
4.3 Sykepleiers motstridende følelser rundt aktiv dødshjelp	30
5 Avslutning	32
5.1 Implikasjoner for min praksis	32
6 Referanseliste:	34
Vedlegg 1:	38

Oversikt over tabeller som er anvendt i oppgaven:

Tabell 1: Cinahl database søk utført 25.02.21. Side 16

Tabell 2: Artikkelmatrise fra søk 25.02.21. Side 16-17

Tabell 3: Cinahl database søk utført 02.03.21. Side 17

Tabell 4: Artikkelmatrise fra søk 02.03.21. Side 18

Tabell 5: Cinahl database søk utført 04.03.21. Side 19

Tabell 6: Artikkelmatrise fra søk 04.03.21. Side 20

1 Innledning

Jeg vil i det følgende presentere oppgaven med bakgrunn for valg av tema, relasjon til praksisfelt, teoretisk grunnlag, sammenheng på samfunnsnivå, lovverk og tidligere forskning. Med etterfølgende problemstilling og avgrensning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven har som hensikt å fremheve de ulike etiske aspektene knyttet til temaet aktiv dødshjelp, sett fra sykepleier og pasientens side.

Grunnet et spennende og samfunnsaktuelt tema, samt egne erfaringer fra sykepleiepraksis, ønsker jeg at oppgaven skal omhandle aktiv dødshjelp til pasienter med uhelbredelig sykdom. Bakgrunnen for valg av tema bunner i egne erfaringer i møte med palliative pasienter og pasienter med uhelbredelig sykdom som ønsker hjelp til å fremskynde døden. For hva svarer man når en pasient, et menneske ser deg dypt inn i øynene og ber om å få sin siste hvile? Er det etisk riktig at pasienter skal få hjelp til å avslutte livet når de har en uhelbredelig sykdom som de uansett kommer til å dø av? Er det etisk riktig at pasientene skal lide unødig og ikke få sitt uttalte dødsønske oppfylt?

Etter min mening blir ikke tematikken rundt aktiv dødshjelp belyst i stor nok grad i sykepleiestudiet. Jeg ønsker derfor med denne studien å belyse temaet samt undersøke hvordan vi som sykepleiere, med vår sykepleieteori og etikk kan ta stilling til pasienter som ønsker aktiv dødshjelp.

1.2 Hva er aktiv dødshjelp?

Materstvedt og Kaasa (2018, s. 85) deler aktiv dødshjelp inn i to former: eutanasi og assistert selvmord.

1.2.1 Eutanasi

Materstvedt og Kaasa (2018, s. 85) definerer eutanasi som legens intenderte (tilsiktete) drap på en person ved å injisere medikamenter, på personens frivillige og kompetente forståelse.

Først gis sovemedisin som injeksjon eller infusjon for at pasienten skal falle i koma, deretter muskelavslappende medisin med respirasjonsstopp som resultat. Dette medfører hjertestans, og pasienten dør i løpet av sekunder til minutter (Materstvedt & Kaasa, 2018, s. 85).

1.2.2 Legeassistert selvmord

Legeassistert selvmord defineres som en leges intenderte hjelp til en person i dennes selvmord, ved å skaffe til veie medikamenter som personen kan innta selv, på personens frivillige og kompetente forståelse. Pasienten svelger en overdose sovemedisin som forårsaker bevisstløshet og respirasjonsstopp, og hjertet slutter å slå (Materstvedt & Kaasa, 2018, s.85).

Fellesnevner for eutanasi og legeassistert selvmorder at det brukes medikamenter for å ta liv, for å produsere død (Materstvedt & Kaasa, 2018, s.85).

Nortvedt (2016, s.214) definerer aktiv dødshjelp som en bevisst handling i den hensikt å ta livet av et menneske etter personens frivillige og kompetente forespørsel. Dette gjøres medikamentelt og det stilles strenge krav til samtykke fra pasienten. Kravene er at pasienten må ha bedt om aktiv dødshjelp flere ganger, pasienten må være beslutningskompetent, lidelsen må være utånelige, og minst to leger må godkjenne forespørselen. De faglige og etiske forutsetningene for aktiv dødshjelp innebærer:

- a) Pasienten lider av uhelbredelig sykdom
- b) Pasienten vil sannsynligvis ikke kunne bli behandlet ved en eventuell kur for sykdommen
- c) Pasienten er et dirkete resultat av sykdommen, som enten lider av uutholdlig smerte, eller som er avhengig av andre eller av teknologiske midler for å opprettholde livet.
- d) Pasienten har et varig, frivillig og kompetent ønske om å dø
- e) Pasienten er ute av stand til å gjennomføre selvmord uten hjelp fra andre

(Nortvedt, 2016, s.214).

1.3 Et etisk sykepleiefundament

Det finnes fire prinsipper i medisinsk etikk, som står mellom overordnet etisk teori og allmenmoralen med yrkesetikk og lovverk. For å sette dette i et oversiktlig perspektiv vil jeg presentere etisk teori, de fire prinsippene i medisinsk etikk, etterfulgt av et konkret lovverk og yrkesetikk. Alle disse etiske fundamentene vil senere i oppgaven bli knyttet og drøftet opp mot aktiv dødshjelp.

1.3.1 Etisk teori

Ifølge Nortvedt (2016, s.38) er etikken moralens teori. Moral dreier seg om hva man gjør, etikken handler om hva man tenker om det man gjør. Moralen baserer seg på hva en erfarer som godt eller vondt, rett eller galt som følge av ens handlinger. Moral er basert på erfaringer, oppdragelse, sosiale konvensjoner og følelser. Etikken er den kritiske og systematiske refleksjonen over disse erfaringer, konvensjoner og følelser (Nortvedt, 2016, s.38).

I sykepleien er den overordnede verdien å fremme pasientens beste, forstått som å lindre, fremme helse, respektere pasientens egne valg, forebygge sykdom og så videre. På den måten kan man forstå etiske handlinger i sykepleien som at de må oppfylle krav til måloppnåelse. Sykepleier må alltid tenke på konsekvensene av ulike handlingsalternativer, i tillegg til at det er en rekke plikter knyttet til profesjonsutøvelsen (Nortvedt, 2016, s.49). Konsekvensetikken retter seg mot handlingens konsekvenser og mål. Pliktetikken ser helt bort fra konsekvensene av en handling, og fokuserer på at sykepleier sine handlinger skal være rettleidet av visse retningslinjer eller normer (Nortvedt, 2016, s. 82).

1.3.2 Fra teoretisk til medisinsk etikk

I 1978 ga filosofen Tom Beauchamp og psykiater/ filosofen James Childress ut boken *Principles of Biomedical Ethics*. I boken får prinsippene autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet en sentral plass i den medisinske etikken. Disse prinsippene skulle brukes som en etisk rettesnor. Til hvert prinsipp tilhører en praktisk plikt, og i ulike situasjoner må man veie prinsippene opp mot hverandre. Et prinsipp er ikke viktigere enn et annet i utgangspunktet. Til enhver tid må en tilstrebe minst mulig konsekvenser av å velge et

prinsipp fremfor andre, slik må en alltid ha med seg konsekvensetikken i praksis (Beauchamp & Childress, 1978, referert i Nortvedt, 2016, s.96).

Autonomiprinsippet

Slettebø (2013, s. 88) hevder at autonomi kommer fra gresk og er satt sammen av to ord: *auto* som betyr selv, og *nomos* som betyr styring, lov, regulering. S sammensatt blir autonomi selvregulering eller selvstyre. Det brukes om pasientens og sykepleiers selvstyre. I en del tilfeller blir det ikke riktig å definere autonomi som selvbestemmelse, men med medbestemmelse spesielt når det brukes innen medisinsk etikk. Medbestemmelse kan dreie seg om to ting. Det kan være rett til å bestemme behandlingsform, eller rett til å nekte behandling. Pasienter har i dag rett til å velge den behandlingen de ønsker, selv når dette strider mot legens oppfatning om hvilken behandling pasienten vil tjene best med. Helsevesenet vil ta hensyn til forventet nytte, effekt av behandlingen og tilgjengelige ressurser når de skal vurdere hvilken behandling en pasient skal tilbys. Prinsippet om respekt for autonomi handler om å anerkjenne menneskers rett til å ha sine meninger, rett til å ta valg, og utføre handlinger basert på personens personlige verdier og overbevisninger. Filosofen Immanuel Kant hevder at respekten for autonomi kommer fra at alle mennesker har en ubetinget verdi, og at alle har rett til å bestemme sin egen moralske skjebne (Slettebø, 2013, s.88).

Velgjørenhet- og ikke- skade prinsippet

Slettebø (2013, s. 102) viser til at velgjørenhet og ikke -skade er gamle prinsipper i medisinsk etikk som finns helt tilbake til Hippokrates, legestandens far, i den greske antikken. Beauchamp og Childress deler inn velgjørenhetsprinsippet og ikke- skade- prinsippet på følgende måte: Ikke- skade handler om at en ikke skal påføre noen onde eller skade. Velgjørenhet handler om å forbygge onde eller skade, og gjøre eller fremme det gode. Velgjørenhet bygger på å utføre handlinger på bakgrunn av barmhjertelighet, godhet og nestekjærlighet (Beauchamp & Childress, 1978, referert i Slettebø, 2013, s. 103).

Slettebø (2013, s. 104- 110) mener velgjørenhet går ut på at helsepersonell har plikt til å positivt bidra til pasientens velferd, og gjøre det som er til det beste for pasienten. Når

sykepleier og pasient er uenig om hva som er best for pasienten er det fare for paternalisme. Paternalisme er i medisinsk sammenheng at legen eller sykepleier avgjør hva som er best for pasienten, i motsetning til pasientautonomi. Sykepleier har en faglig kunnskap som ikke pasienten har. Utfordringen ligger i å finne en balanse slik at pasientens autonomi og rett til medbestemmelse blir ivaretatt (Slettebø, 2013, s. 102-110).

Nortvedt (2016, s. 97-98) påstår at Ikke-skade- prinsippet handler om at sykepleier har plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen man gir. Prinsippet er ofte assosiert med forbudet mot abort og aktiv dødshjelp. Mange av diskusjonene om begrensning av livsforlengende behandling referer til ikke skade- prinsippet som det overordnede prinsipp. Det er også et prinsipp som skal beskytte pasienten mot dårlig praksis og feil behandling. Prinsippet handler også om å minimalisere pasientens smerte og ubehag, og er et prinsipp for lindring og ivaretagende omsorg. Ikke-skade-prinsippet er et prinsipp for varsomhet og omtanke i pleiehandling. Det er pliktetisk fordi det blant annet forteller hva du ikke skal utsette pasienten for av unødig smerte og belastninger (Nortvedt, 2016, s. 97- 98).

Rettferdighetsprinsippet

Nortvedt (2016, s. 98) påstår at Aristoteles fra antikkens Hellas hevdet at alle like må behandles som like, og ulike må behandles som ulike. Dette prinsippet hevder at like tilfeller skal behandles likt, og der det foreligger en forskjell er det også grunn for forskjellsbehandling. Prinsippet kalles formalt likhetsprinsipp fordi det ikke sier noe om hva som er relevante forskjeller. Rettferdighetsprinsippet omhandler likebehandling, fordeling av begrensede goder, prioritering og retten til et anstendig minstemål av helsehjelp (Nortvedt, 2016, s. 98).

1.4 Fra prinsipp til lovverk og yrkesetikk

Ifølge Materstvedt og Kaasa (2018, s. 82) har flere land i nyere tid legalisert aktiv dødshjelp. Eksempelvis Canada og Colombia. Dette gjør det maktpåliggende for helsearbeidere innen palliasjon å ha et avklart forhold til aktiv dødshjelp- både der aktiv dødshjelp lovlig praktiseres, men også for steder der det er forbudt, men kan bli lovlig (Materstvedt & Kaasa, 2018, s.82).

Aktiv dødshjelp er ikke praktisert eller lovlig i Norge og er et tema det blir debattert mye rundt (Materstvedt & Kassa, 2018, s. 84). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere § 2.13 står det: «Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette omtaler straffeloven annen del §275, §276 annet ledd og §277.

§275: Den som dreper en annen, straffes med fengsel fra 8 inntil 21 år (Straffeloven, 2005).

§ 276 annet ledd: Dersom noen med eget samtykke er drept eller påført betydelig skade på kropp eller helse, kan straffen for gjerningspersonen settes under minstestrafen eller til en mildere straffart enn den som følger av §§ 275 eller 274 annet ledd (Straffeloven, 2005).

§277: Den som medvirker til at noen tar sitt eget liv, straffes med fengsel fra 8 inntil 21 år, jf. § 275 (Straffeloven, 2005).

Både de yrkesetiske retningslinjene og norsk lovverk tydeliggjør et standpunkt mot aktiv dødshjelp.

1.5 Tidligere forskning

I en studie av Emanuel et al. (2016) kommer det frem at Sveits var det første landet i 1942 som avkriminaliserte aktiv dødshjelp så lenge det ikke var noe egoistiske motiver fra personen som utførte dødshjelpen. I 1980 ble det etablert organisasjoner som utførte aktiv dødshjelp, der fikk mennesker som ikke opprinnelig var fra Sveits også tilgang på dødshjelpen. I 1980 ble aktiv dødshjelp også tillatt i Nederland. I Nederland utarbeidet de visse premisser for dødshjelpen, deriblant at pasienten hadde en uutholdelig lidelse og et uttalt dødsønske. I 2002 ble aktiv dødshjelp legalisert i Nederland og Belgia, etterfulgt av Luxemburg i 2009. I USA har det helt siden 1997 vært lovlig i de fem amerikanske statene: Oregon, Washington, Montana, Vermont og California (Emanuel et al., 2016). Materstvedt og Kaasa (2018, s. 85) viser til at aktiv dødshjelp ble legalisert i Canada februar 2016. Assistert dødshjelp er i utgangspunktet «reservert» kun for leger, men den nye loven i Canada fraviker dette ettersom både leger og sykepleiere nå kan utføre aktiv dødshjelp

(Materstvedt & Kaasa, 2018, s.85).

I en studie av Steck et al. (2013) kommer det frem at Nederland som i over 20 år har praktisert aktiv dødshjelp hadde det høyeste antallet av assisterte dødsfall på verdensbasis. I studien kommer det frem at samlet sett er det flest menn som dør av følge av eutanasi. Med unntak av i Sveits, der var det totalt flere kninner som døde ved hjelp av aktiv dødshjelp. De fleste pasientene som ønsket aktiv dødshjelp hadde kreftdiagnose. Mellom 60%-100% av de som ønsket dødshjelp hadde kreft. Mens i Oregon var den høyeste andelen av legassistert selvmord hos pasienter med Amyotrofisk lateral sklerose (ALS) og Multipel sklerose (MS) (Steck et al., 2013).

Debatten rundt legalisering av aktiv dødshjelp i Norge dukker stadig opp til diskusjon. Dolonen (2009) beskriver i sin artikkel at rundt 70 % av den norske befolkningen er for aktiv dødshjelp, men norsk lov sier nei. Norge og Norsk Sykepleierforbund har tatt et standpunkt ved å skrive nei til aktiv dødshjelp inn i blant annet straffeloven og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019). Johansen et al. (2005) gjennomførte et forskningsprosjekt i Norge om holdninger til og ønsker om aktiv dødshjelp hos kreftpasienter med kort forventet levetid. 18 pasienter deltok. Resultatet av studien var interessante fordi pasientenes respons og reaksjon på aktiv dødshjelp vitnet om ambivalens. Pasientene som deltok svarte både ja og nei til aktiv dødshjelp. Forfatterne av studien konkluderte med at aktiv dødshjelp ble akseptert av norske pasienter når behandlingen ble sett på som en siste utvei. Frykten for mer lidelse og en smertefull død var momenter pasientene trakk frem som kunne være grunner til et ønske om aktiv dødshjelp. Bekymringer om minimal livskvalitet og mangel på håp bidro også til at pasientene så på aktiv dødshjelp som en mulighet (Johansen et al., 2005).

1.6 Problemstilling:

Hvilke etiske og moralske utfordringer kan sykepleier møte når en pasient med uhelbredelig sykdom ønsker aktiv dødshjelp?

1.6.1 Avgrensning

Jeg har en åpen problemstilling. Det er derfor viktig å presisere hva jeg ønsker å formidle med oppgaven og hvilke avgrensninger jeg har satt. Fokuset i denne oppgaven er pasienter som lider av uhelbredelig sykdommer. Jeg har valgt å ikke fokusere på en spesifikk uhelbredelig lidelse, men på aspekter rundt det å leve med en slik tilstand.

Jeg har valgt å inkludere aktiv dødshjelp eksplisitt i problemstillingen, selvom det ikke utføres i Norge. Jeg har valgt å ikke skille mellom eutanasi og legeassistert selvmord og vil derfor bruke betegnelsen aktiv dødshjelp gjennomgående i oppgaven.

Jeg vil gjennom oppgaven fokusere på sykepleier, pasient og etiske prinsipper. Fokuset i denne oppgaven ligger ikke på pårørende og leger grunnet besvarelsens omfang.

2 Metode

Jeg vil bruke denne delen av oppgaven til å beskrive hvordan jeg har søkt etter litteratur og hvilke artikler jeg har valgt ut. Det presenteres inklusjons og eksklusjonskriterier, kildekritikk og etisk vurdering.

Bacheloroppgaven skal bygge på litteraturstudie. Thideman (2019, s.77-78) hevder at en litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom kilden og til slutt sammenfatte det hele.

Datamateriale som anvendes for å belyse problemstillingen er i hovedsak forskning fra vitenskapelige artikler.

Kvalitativ metode

Ifølge Thidemann (2019, s. 76) kjennetegnes kvalitativ metode ved nærhet til feltet.

Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet. Med en hensikt om å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, erfaringer, opplevelser, forventninger, tanker, holdninger og motiver. Kvalitativ metode tar sikte på å formidle forståelse, samt få frem det særegne ved et valgt tema. En kvalitativ tilnærming handler ofte om å finne meningssammenhenger, og datainnsamlingen foregår ved bruk av intervju, feltarbeid og

observasjon (Thidemann, 2019, s. 76).

Kvantitativ metode

Thidemann (2019, s. 76) hevder at kvantitativ metode har den fordel at de gir oss data i form av målbare enheter. Kjennetegn ved kvantitative metoder er at de anvender systematiske og strukturerte observasjoner, samt at datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt til feltet. Dette bidrar til at forskeren ser fenomenet utenfra. Når man bruker kvantitativ metode samles data inn ved bruk av spørrekjemaer med svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment. Kjennetegn ved metoden er breddekunnskap, det vil si at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 76).

2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier:

Jeg har i denne oppgaven valgt å avgrenset søket til artikler som ikke overstrider 10 år. Dette fordi jeg ønsker den mest dagsaktuelle forskningen.

Jeg har inkludert alle typer studiedesign, men ekskludert rapporter, kronikker, kommentarer og andre uttaleser som ikke følger et strengt forskningsdesign. Jeg har primært inkludert studier fra land der aktiv dødshjelp er legalisert og utføres, med har også inkludert en studie fra Sverige.

Informantene i studien må være sykepleier, uavhengig av kjønn, alder, nasjonalitet, yrkeserfaring, viderutdanning, men som har jobbet med aktiv dødshjelp. Pasientene må ha et uttalt ønske om dødshjelp eller en uhelbredelig sykdom med en mening om aktiv dødshjelp. Jeg har valgt å ekskludere leger sitt syn på aktiv dødshjelp grunnet at jeg ønsker å fokusere på sykepleier og pasientens synspunkt.

Forskningen som er inkludert skal være relevant for min problemstilling. For å vurdere dette tok jeg utgangspunkt i om resultatet i artikkelen svarte på min problemstilling. Studier som ikke gjorde det er blitt ekskludert.

Studien skal også være fagfellevurdert og være tilgjengelig med full tekst. Jeg har vært kildekristisk og studier med ikke pålitelige kilder har blitt ekskludert.

2.2 Litteratursøk

I startfasen søkte jeg på SveMed + for å finne MeSH- termer til søkeordene aktiv dødshjelp, etikk og sykepleie. Søkeordene jeg da endte opp med var *suicide assisted /active euthanasia /Ethics, nursing/ nursing care*. Jeg brukte søkedatabasen Cinahl for å finne aktuelle forskningsartikler.

Videre i søkefasen tok jeg i bruk flere søkeord for å spisse søket. Jeg kombinerte også søkeordene med OR og AND. Søkeorden jeg brukte var *Ethics, Medical OR Ethics, Organizational OR Ethics, Nursing / Euthanasia OR Suicide, Assisted OR Euthanasia, Passive OR Resuscitation Orders/ Nurse-Patient Relations*. Da jeg ønsket å finne pasientens syn på aktiv dødshjelp, spisset jeg søket mitt mot dette og brukte søkeord som *Patient participation/ Patient Attitudes/ Patients`perspective/ Patient Autonomy*.

Jeg utførte også søk på databasene PubMed og Google Scholar, men personlig var Cinahl den mest oversiktlige databasen etter min mening. Da jeg søkte i databasene PubMed og Google Scholar fant jeg mange av de samme artiklene som jeg fant på Cinahl.

Jeg leste gjennom mange av artiklene jeg fant i forbindelse med søkene og valgte ut de jeg mente var mest relevante for min oppgave. For å vurdere artiklenes relevans tok jeg utgangspunkt i om resultatet i artiklene var relevant for min problemstilling. Hvilken tidsskrift artiklene var publisert i. Om tidsskriften var fagfellevurdert. Om informasjonen i artikkelene var av ny dato og hvilket utgivelsesår publikasjonen hadde. Jeg undersøkte også om forfatterne var anerkjente fagfolk eller forskere innen feltet (Thidemann, 2019, s.90).

2.3 Søketabell og søkehistorikk

Tabell 1: Cinahl database søk utført 25.02.21

Søk nr.	Søkeord/Kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff
S1	Suicide, Assisted		3754
S2	Ethics, Nursing		10283
S3	Active Euthanasia		153
S4	S1 OR S3		3860
S5	S2 AND S4		189
S6	Nursing Care		21164
S7	S5 AND S6		5
S8	S5 AND S6	Siste 10 år	3

Tabell 2: Artikkelmatrise fra søk 25.02.21

Referanse	Metode	Resultat	Kommentar
Elmore et al: <i>Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research.</i> (2018)	kvalitativ metasyntese	<p>Sykepleiere opplever motstridende utfordringer mellom egne verdier og forpliktelsen til å fremme og respektere pasientens autonomi ved forespørslers om dødshjelp.</p> <p>For sykepleiere som er for aktiv dødshjelp, kan manglende evne til å hjelpe pasienten med å oppfylle sitt uttalte dødsønske føre til at sykepleieren føler seg maktesløs.</p> <p>Sykepleiere opplever aktiv dødshjelp som en stor byrde og et stort ansvar.</p> <p>Gitt de moralske og emosjonelle utfordringene sykepleierne står ovenfor i omsorg til pasienter som ber om aktiv dødshjelp kommer det frem i studiet at et støttende team er svært viktig og nødvendig</p>	<p>Artikkelen fra Canada er relevant for min oppgave da sykepleiere i Canada utfører aktiv dødshjelp.</p> <p>Artikkelen er fra 2018 og kan derfor regnes som nyere forskning.</p> <p>Artikkelen presenterer ulike syn sykepleiere har på aktiv dødshjelp.</p>

<p>Pesut et al:</p> <p><i>Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD).</i></p> <p>(2020)</p>	<p>kvalitativ intervjustudie</p>	<p>Moralske faktorer som sykepleier vektlegger ved aktiv dødshjelp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasientens autonomi, kontroll og sikkerhet - Handler om pasienten og ikke sykepleier - Sykepleiers rolle i lindring av lidelse - Refleksjoner rundt livet etter døden - Fred og takknemmelighet <p>Sykepleiere opplevde aktiv dødshjelp som følelsesmessig innflytelsesrikt, som medførte at de så den moralske godheten ved aktiv dødshjelp.</p> <p>Noen beskrev det som det mest dype, givende og meningsfulle arbeidet innen sykepleie. Mens andre sykepleiere opplevde det som trist, fortvilende og vantro.</p>	<p>Artikkelen er relevant fordi den er fra Canada.</p> <p>Den er fra 2020</p> <p>Artikkelens resultat svarer ikke på min problemstilling, likevel anser jeg den som relevant da den omtaler sykepleier sine ulike syn på aktiv dødshjelp, samt syn på gjennomførelsen.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabell 3: Cinahl database søk utført 02.03.21

Søk nr.	SØKEORD/ KOMBINASJONER	AVGRENSING	Antall treff
S1	Ethics, Medical OR Ethics, Organizational OR Ethics, Nursing		22025
S2	Euthanasia OR Suicide, Assisted OR Euthanasia, Passive OR Resuscitation Orders		13198
S3	S1 AND S2		1659
S4	S1 AND S2	Siste 10 år	179
S5	Nurse-Patient Relations		6009
S6	S4 AND S5		13

Tabell 4: Artikkelmatrise fra søk 02.03.21

Referanse	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Pesut et al:</p> <p><i>Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature</i></p> <p>(2019)</p>	<p>Kvalitativ metode</p>	<p><i>sykepleiernes moralske ontologi:</i> Sykepleiers mål er å arbeide på vegne av pasientenes beste og å unngå å skade. Et argument som kan brukes til å støtte både for og mot dødshjelp</p> <p>De som var imot aktiv dødshjelp mente at dødshjelpen var en drapshandling, og et brudd på sykepleieres moralske ontologi. Sykepleier vil bli sett på som mordere istedenfor hjelpere/healere.</p> <p><i>Etiske prinsipper og teorier:</i> En rekke spenningen eksisterer mellom å respektere individets autonomi om dødshjelp og å opprettholde sin faglige plikt til å forhindre skade. De fleste argumentene for aktiv dødshjelp bygde på pasientens autonomi. Argumenterte med at aktiv dødshjelp bidrar til en verdig og autonom død.</p> <p>Argumentene mot aktiv dødshjelp, ser ikke på individuell autonomi som høyeste etisk doktrine og mener dermed at pasientens autonomi ikke skal veie tyngre enn helsepersonellens ikke-skade prinsipp. Selv om respekten for pasientens selvbestemmelse er viktig, krever den ikke en rett som hjelper andre til å avslutte livet. Flere hevder at individets sanne autonomi blir opprettholdt når sykepleier hjelper pasienten med å finne mening i livet, selv i lidelse.</p> <p>Et annet argument mot aktiv dødshjelp er at det alltid er moralsk galt å drepe.</p> <p><i>Moralsk konsistens:</i> Forsøkte å belyse den moralske forskjellen mellom «å drepe» og «la død/naturens gang». Flere hevder at det moralske skillet mellom å forårsake død og «å gå sammen med naturen» ikke er et "vanntett barometer for moralsk aksept". og at hvis det hadde vært det, så hadde mange forsøk på å rette opp lidelse (dvs. smerte og symptombehandling) vært umoralsk, grunnet sykepleiers unaturlige innblanding.</p>	<p>Studien er fra Canada og er derfor relevant for min oppgave.</p> <p>Studien er fra 2019.</p> <p>Relevant for min problemstilling da den fremmer moralske og etiske utfordringer ved aktiv dødshjelp.</p>

Tabell 5: Cinahl database søk utført 04.03.21

Søk nr.	SØKEORD/ KOMBINASJONER	AVGRENSING	Antall treff
S1	Patient participation		12978
S2	Patient Attitudes		28518
S3	Patients`perspective		878
S4	Ethics, Nursing		6479
S5	Patient Autonomy		6735
S6	Suicide, Assisted		3756
S7	Euthanasia, Passive OR Euthanasia		7974
S8	S6 OR S7		10491
S9	S1 OR S2 OR S3		41679
S10	S4 AND S5 AND S8 AND S9		0
S11	S5 AND S8 AND S9		6
S12	S5 AND S8 AND S9	10 år	4

Tabell 6: Artikkelmatrise fra søk 04.03.21

Referanse	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Karlsson et al:</p> <p><i>Dying cancer patients' own opinions on euthanasia: An expression of autonomy? A qualitative study</i></p> <p>(2011)</p>	Kvalitativ studie	<p>Ifølge noen pasienter var dødshjelp et middel for å forbedre pasientens autonomi, ved at en kan ta avgjørelser som å styre ens egen død.</p> <p>Andre pasienter foretrakk heller paternalisme, siden helsepersonell hadde kunnskapen og dermed kunne ta de beste avgjørelsene på vegne av pasientene.</p> <p>Det var også pasienter som uttrykte mistillit til helsesystemet kompetanse og ønsket derfor aktiv dødshjelp som en mulighet slik at de selv kunne ha kontroll over døden.</p> <p>Andre pasienter beskrev en dyp mistillit til helsevesenets gode intensjoner og mente at menneskers iboende kvaliteter bygde på grådighet, sinne og latskap som kunne guide deres handlinger. De mente derfor at døden ikke skulle styres av helsepersonell.</p>	<p>Studien er fra Sverige. I Sverige er ikke aktiv dødshjelp legalisert. Likevel anser jeg studien som relevant da den gir en god indikasjon på pasientens autonomi og syn på aktiv dødshjelp.</p> <p>Studien er fra 2011 og er ikke av nyere forskning. Likevel ønsker jeg å inkludere artikkelen da den har høy relevans for min oppgave ettersom at den omhandler pasientens autonomi og syn på aktiv dødshjelp.</p> <p>Utvalget (66 informanter) er ikke statistisk representativt for en større befolkning, men kan likevel bidra til å belyse pasientenes tanker om aktiv dødshjelp</p>

2.4 Kildekritikk

Dalland (2020, s.62) beskriver kildekritikk som de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si å karakterisere og vurdere de kildene som benyttes.

De fire artiklene jeg har valgt å inkludere bygger på kvalitativ metode. Jeg har derfor brukt sjekklisten for kvalitativ metode fra helsebiblioteket (2016) som er inspirert av CAPS-modellen aktivt for å kritisk vurdere artiklene (se vedlegg 1).

Artikler med kvalitativ metode er relevant for min besvarelse grunnet at metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg måle. En kvalitativ metode bidrar til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Metoden fremmer dybde, det særegne, følsomhet, en nærhet til feltet, forståelse og et jeg-du-forhold (Dalland, 2020, s. 54-55). Dette er svært viktige aspekter som er relevante for å besvare min problemstilling.

Jeg har fulgt IMRAD-strukturen ved valg av forskning. Krav til de valgte artiklene var at de inneholdt innledning, metodedel, resultat og drøfting. En annen forutsetning var at forskningen hadde blitt godkjent av en etisk komite.

2.5 Etisk vurdering

For å kunne vurdere en litteraturstudie må etiske overveielser benyttes. Jeg har brukt etiske overveielser ved å kontrollere at artiklene er godkjent av en etisk komite eller at forskerne selv har utført en etisk overveielse i henhold til kravene. En god etisk forskning innebærer blant annet at individene som deltar blir anonymisert og deltar frivillig med mulighet til å kunne trekke seg etter eget ønske (Thidemann, 2019, s. 12).

Temaet jeg har valgt er gjort på grunnlag av flere etiske overveielser. Da jeg valgte temaet var jeg usikker på om jeg kunne diskutere og drøfte oppgavens problemstilling på en faglig måte uten å krenke noen. Dette fokuset ønsket jeg å ta med meg gjennom skriveprosessen. Jeg har gjort dette gjennom å velge ut saklige argumenter og støtte meg på forskning og etiske teorier. Når jeg presenterer fagpersoners meninger har jeg referert til disse og gjengitt

så korrekt som mulig i hvilken kontekst meningen er ytet. Jeg vil gjennom oppgaven heller ikke legge skjul på viktige deler. Jeg vil gi korrekt kildehenvisning. Eggenerfarte situasjoner har jeg valgt å ikke bruke i oppgaven grunnet overførbarhet og personvern.

3 Funn:

Hovedpunktene fra de 4 utvalgte artiklene presenteres her, og disse punktene vil så danne grunnlaget for drøftingen.

3.1 Pasientens autonomi kan være i strid med ikke-skade-prinsippet.

Tre av de inkluderte artiklene fant at pasientens autonomi er i strid med ikke-skade prinsippet. I artiklene til Pesut et al. (2019) og Elmore et al. (2018) kommer det frem at sykepleiere opplever en rekke spenninger mellom å respektere individets autonomi og å opprettholde sin faglige plikt til å forhindre skade.

Pesut et al. (2019) beskriver videre i sin artikkel at de fleste argumentene som er for aktiv dødshjelp bygger på pasientens autonomi: rett til selvbestemmelse, rett til å dø, rett til en verdig død. Samtidig strider dette mot det etiske prinsippet om å ikke skade. I studien argumenterer en rekke med at aktiv dødshjelp bidrar til en verdig og autonom død. Artikkelen trekker også frem at en ikke kan se på individuell autonomi som høyeste etisk doktrine og mener dermed at pasientens autonomi ikke skal veie tyngre enn helsepersonellens ikke-skade-prinsipp. Selvom respekten for pasientens autonomi er viktig, krever den ikke rett til å hjelpe andre med å avslutte livet. Studien hevder at individets sanne autonomi blir opprettholdt når sykepleier hjelper pasienten med å finne mening i livet, selv ved lidelse.

I en annen studie av Pesut et al. (2020) vektlegger noen av sykepleierne at dødshjelpen handler om pasientens autonomi og ikke sykepleiers verdier. At pasientens autonomi skal komme foran sykepleiers verdier. Andre sykepleiere i denne studien hevder dette er feil. De mener at døden handler om en større moralsk horisont. At døden ikke kan styres av helsepersonell, men kun av Gud (Pesut et al., 2020).

Studien til Karlsson et al. (2011) omhandler svenske pasienters syn på aktiv dødshjelp. Ifølge noen av pasientene var dødshjelp et middel for å forbedre pasientens autonomi, ved at en kan ta avgjørelser som styrer ens egen død. Andre pasienter understekte at de heller foretrakk paternalisme, siden det er helsepersonell som har kunnskapen og dermed kan ta de beste avgjørelsene på vegne av pasientens tilstand. Flere av pasienten uttrykte at de fryktet å bli overtalt til å gjøre det andre mente var det beste for dem, som motstride det de selv ønsket. Noen av pasienten uttrykte frykt for hva som kunne skje dersom helsevesenet fikk makt til å utføre aktiv dødshjelp, andre derimot ytret ønske om at legene skulle ta alle beslutninger for dem. Kun en av pasientene som deltok i studien ytet at han stolte 100% på helsevesenet (Karlsson et al., 2011).

3.2 Motstridende meninger rundt sykepleiers «makt» over døden

Tre av de inkluderte studiene viser utfordringer rundt sykepleiers motstridende meninger rundt 'makt' over døden. I artikkelen til Elmore et al. (2019) kommer det frem at noen sykepleiere opplever aktiv dødshjelp som et stort ansvar og en byrde, hvor det stilles en rekke krav. I artikkelen til Pesut et al. (2020) beskrives aktiv dødshjelp som en drapshandling og et brudd på sykepleiers moralske ontologi. De underbygger dette med at makten over døden ikke skal styres av sykepleiere for det vil medføre at sykepleiere blir sett på som mordere istedenfor hjelpere. Likevel framkom det ulike meninger rundt temaet, enkelte mente at det kun var Gud som kunne styre døden. Andre mente at pasientens autonomi skulle respekteres og at sykepleier derfor hadde en etisk og moralsk forpliktelse til å innfri pasientens dødsønske.

Sett fra pasientenes perspektiv uttrykker noen av pasientene i artikkelen til Karlsson et al. (2011) mistillit til helsesystemet og at de derfor ønsker aktiv dødshjelp som et alternativ slik at de selv kan ha kontroll over døden. Flere pasienter beskrev en dyp mistillit til helsevesenets gode intensjoner og mente at menneskers iboende kvaliteter bygger på grådighet, sinne og latskap som dermed kan influere deres handlinger. De mente derfor at døden ikke skulle styres av helsepersonell. Andre pasienter ga uttrykk for at de ønsket paternalisme, da de følte de ikke kunne stole på sine egne valg og vilje, ettersom at

beslutningene deres kunne endre seg underveis i sykdomsprosessen. Samtidig var flere av pasientene redde for å bli overtalt til å gjøre det andre mente var det beste for dem.

3.3 Sykepleiers motstridende følelser rundt aktiv dødshjelp

To av de inkluderte studier viser utfordringer i sykepleiers motstridende følelser rundt aktiv dødshjelp. I studien til Pesut et al. (2020) tydeliggjøres sykepleieres ulike syn og motstridene følelser og meninger rundt aktiv dødshjelp. Noen av sykepleierne beskriver aktiv dødshjelp som det mest dype, givende og meningsfulle arbeidet innen sykepleie. De opplever dødshjelp som følelsesmessig innflytelsesrikt. I studien beskriver en sykepleier under gjennomførelsen av dødshjelpen at hun opplevde en overveldende følelse av godhet, og var selvsikker på at dette var det rette å gjøre. Andre sykepleiere opplevde dødshjelpen som trist, fortvilende og vantro. Mange av sykepleierne som var imot aktiv dødshjelp slet med en følelse av skyld. Skyld i et menneskets død. En sykepleier lurte på om kanskje grunnen til ønske om fremskyndet død kunne skyldes et feilet palliativt arbeid. Og at dermed selve dødsønske til pasienten også var sykepleierens skyld (Pesut et al., 2020).

Ifølge studien til Elmore et al. (2018) kommer det frem at noen sykepleiere opplever dødshjelp som et stort ansvar og en stor byrde. De beskriver at deres oppgave er å gi den omsorgen som optimalt gagnar pasienten, i et håp om at pasienten selv skal ønske å leve videre. Det vil da være viktig for sykepleierne å fremme andre behandlings alternativer enn aktiv dødshjelp. Andre sykepleiere som deltok i studien var uenig i dette og mente det er viktig å lytte, ikke dømme og respektere pasientens autonomi og uttalte dødsønske. Og gjennomføre dødshjelpen da det er det pasienten ønsker (Elmore et al., 2018).

4 Drøfting

I denne delen av besvarelsen ønsker jeg å drøfte argumenter for og imot aktiv dødshjelp sett fra sykepleiers etiske og moralske prinsipper. Herunder vil jeg da drøfte pasientens rett på selvbestemmelse, fordi autonomi er at av de sterkeste argumentene for retten til en selvvalgt død. Jeg vil også drøfte pliktetikk, ikke-skade-prinsipper og velgjørenhet, fordi de er de sterkeste prinsippene som argumenterer mot aktiv dødshjelp. Videre vil jeg drøfte om

aktiv dødshjelp er et uttrykk for hybris. Til slutt skal jeg drøfte sykepleiers motstridende følelser i møte med pasienter som har et uttalt dødsønske. Alt vil bli drøftet i lys av teori og forskning.

Hvilke etiske og moralske utfordringer kan sykepleier møte når en pasient med uhelbredelig sykdom ønsker aktiv dødshjelp?

4.1 Argumenter for og imot aktiv dødshjelp sett fra sykepleiers etiske og moralske prinsipper

Vi mennesker vil ta egne valg, vi vil ha full kontroll over eget liv og vi vil ha medbestemmelse i alle sammenhenger. Hvorfor skal vi da ikke kunne bestemme hvordan vi dør? § 2. 6 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremheves det at sykepleier skal respektere pasientens rett til å foreta valg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Nortvedt (2016, s. 215) og Pesut et al. (2019) hevder at de fleste som argumenterer for aktiv dødshjelp, gjør det med utgangspunkt i pasientens samtykke og respekt for vedkommene sitt eget ønske. Hvis pasienten ikke ønsker å leve mer, eller ikke ønsker å oppleve sluttfasen av en uhelbredelig sykdom, er det pasientens rett å få sin vilje om aktiv dødshjelp respektert. Nortvedt (2016, s.215) skriver videre at hvis pasienten har utåelig lidelse og eneste mulighet til å lindre plagene er ved dødshjelp, mener man at aktiv dødshjelp er etisk forsvarlig. Dette argumentet forutsetter at det ikke går ann å lindre lidelsen på noen annen måte og pasienten selv har et uttalt dødsønske. Det fremkommer både i studien til Karlsson et al. (2011) og Pesut et al. (2019) at enkelte mener aktiv dødshjelp bidrar til en verdig og autonom død.

Samtidig understreker studien til Pesut et al. (2019) at individuell autonomi ikke kan sees på som høyest etiske doktrine ved aktiv dødshjelp og mener dermed at pasientens autonomi ikke skal veie tyngre enn helsepersonellens ikke-skade prinsipp. Selvom respekten for pasientens selvbestemmelse er viktig, kan ikke pasientens autonomi kreve retten til dødshjelp. Et av de store spørsmålene knyttet til aktiv dødshjelp blir da om retten til selvbestemmelse bør veie tyngre enn andre motargumenter.

Ifølge Nortvedt (2016, s. 216) er et av de viktigste argumentene mot dødshjelp pliktetisk. Argumentet har som utgangspunkt at intendert drap på en person er moralsk galt, selv om det er et uttrykk for pasientens vilje og autonomi. Dette understreker også studien til Pesut et al. (2019) hvor det fremkommer at det uansett alltid er moralsk galt å drepe. Nortvedt (2016, s. 216) beskriver videre at dette argumentet har som utgangspunkt at menneskelivet har krav på vern og har egenverdi. Dette står også i sykepleiens yrkesetikk. På den andre siden er dette argumentet noe problematisk fra et pliktetisk synspunkt. Sett fra et pliktetisk synspunkt er det vanskelig å begrunne at en pasients liv har en verdi og krav på beskyttelse når pasienten selv som et resultat av egen vilje, ønsker å dø. Det kan virke motstridene å si at en persons liv har en egenverdi når personen selv ikke ser noe verdi (Nortvedt, 2016, s.216).

Ifølge studien til Pesut et al. (2019) og Elmore et al. (2018) fremkommer det at sykepleiere ofte opplever spenninger mellom å respektere pasientens autonomi og sin plikt til å forhindre skade. Forhindre skade bygger på velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet. I forbindelse med velgjørenhet i sykepleie trekker Heggstad (2018, s.28) frem at velgjørenhet forutsetter at sykepleiere tar ansvar og søker det som er det beste for pasientene. Nortvedt (2016, s. 27) beskriver at velgjørenhetsprinsippet handler i stor grad om den subjektive opplevelsen av omsorg, den objektive plikten til å ikke skade.

Ifølge studien til Elmore et al. (2018) kan det ved aktiv dødshjelp være krevende for sykepleier å vite hva som er det beste for pasienten. Det fremkommer i studien at enkelte sykepleiere ønsker å fremme god helse og se på andre alternativer enn aktiv dødshjelp. Samtidig har pasienten på sin side et stekt ønske om dødshjelpen. Det vil da kunne være fare for paternalisme. Svak paternalisme kan i dette tilfelle være at sykepleier forsøker å påvikre pasienten til handle på en måte som er best for sykepleier (Slettebø, 2013,s.105). Utfordringen ligger da i å finne en balanse slik at pasientens autonomi og rett til medbestemmelse blir ivaretatt. Om sykepleier i dette tilfelle skulle hjulpet pasienten med aktiv dødshjelp hadde sykepleier da gjort det beste for pasienten?

Som sykepleier handler man i forhold til loven og skal i henhold til §4 i helsepersonelloven

utføre faglig forvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999). Begrepet forsvarlighet er en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan sykepleier bør utøve arbeidet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Forsvarlig sykepleie er ikke å hjelpe mennesker til å dø hvis vi ser det i lys av de ulike lovene helsepersonell må følge. Som studien til Elmore et al. (2018) understreker og de yrkeseetiske retningslinjene for sykepleier skal vi se på andre løsninger enn å avslutt et liv, vi skal helbrede, lindre og trøste (Norsk sykepleier forbund, 2019). Dette underbygger også studien til Pesut et al. (2019) hvor enkelte mente at aktiv dødshjelp var et brudd på sykepleiers moralske ontologi, hvorav sykepleiere vil bli sett på som mordere istendefor hjelpere.

På den andre siden dersom vi oppfyller ønsker og gir den behandlingen pasienten ønsker, ved å drepe vedkommende, hva kan følgen være?

Ifølge Nortvedt (2016, s. 216) vil dette medføre fare for utglidning av prinsippet om å ta liv. Opphever man noen av de restriksjonene man har mot å ta liv, kan det medføre nedsatt respekt for livet. I Norge har vi i dag lov til å ta liv under visse vilkår, i selvforsvar og ved abort før tolvte svangerskapsuke. Skal man da innføre enda et unntak fra prinsippet om å ikke ta liv, som rett til aktiv dødshjelp? Det kan også hevdes at å oppheve slike grenser mot å ta liv, vil kunne føre til utglidning av verdier som skal beskytte lov og personers egenverdi. På den andre siden vil en pliktetiker sette hensynet til pasientens autonomi over eventuelle uheldige fremtidige konsekvenser. Pliktetikern vil mene at aktiv dødshjelp nettopp kan være et uttrykk for respekten til pasientens autonomi (Nortvedt, 2016, s. 216). I Nederland var tanken bak legalisering av aktiv dødshjelp å styrke pasientens autonomi, i følge Karlsson et al. (2011). Men ble det virkelig slik? Karlsson et al. (2011) skriver at legenens makt har blitt styrket ved at det er de som kontrollerer og utfører aktiv dødshjelp. Videre beskriver Karlsson et al. (2011) at resultatene av en annen studie viste at pasienter av leger som var for aktiv dødshjelp, etterspurte dødshjelpen oftere enn andre pasienter.

Plikten til å ikke drepe tilhører prinsippene velgjørenhet og ikke skade. Likevel må vi stille spørsmål til om aktiv dødshjelp kan regnes som skade når pasienten selv ønsker dødshjelpen? Og er det rettferdig å utsette pasienter for mer skade og lidelse ved å ta fra dem muligheten til å dø? I henhold til rettferdighetsprinsippet har mennesker rett på

samme omsorg (Nortvedt, 2016, s. 98). I hvilken grad er det rettferdig at en pasient som er nær døden skal få død, mens en som likefult lider, ikke skal få aktiv dødshjelp? Aristoteles hevdet at alle like tilfeller skal behandles likt (Aristoteles, referert i Nortvedt, 2016, s. 98), og på hvilken måte er tilfellet beskrevet ovenfor forskjellig? Er det ikke litt paradoks at vi godtar abort av mennesker som mest sannsynlig ønsker å leve, men ikke godtar å innvilge et ønske om aktiv dødshjelp fra et menneske som ønsker å dø.

En kan stille spørsmål til hvilke konsekvenser legalisering av aktiv dødshjelp i Norge kan medføre. Trolig vil det medføre at pasientens autonomi veier tyngre enn sykepleiers velgjørenhet og ikke-skade prinsipp. Dette kan bidra til at sykepleiers profesjonsetikk utfordres. Et profesjonsetisk synspunkt på aktiv dødshjelp er at det bryter med de normer og idealer som gjelder for helsepersonell. Gjersøe (2019, s. 41) beskriver at helsepersonells profesjon skal bygge på å redde pasientens liv og bedre pasientens helse, ikke ta liv. Ved at pasientens autonomi skal overveie sykepleiers verdier og etiske prinsipper vil de kunne føre til et brudd på den grunnleggende kontrakten mellom pasient og helsepersonell. Pasienten skal være trygg på at helsepersonell aldri vil redusere pasientens livskvalitet og at de alltid vil tilby den best mulige behandlingen (Gjersøe, 2019, s.43). En annen konsekvens av legalisering er faren for misbruk. Nortvedt (2016, s. 216) reflekterer over at ved legalisering legger vi enda et behandlingsalternativ i «handlekurven». Det er noe som heter at tilbud skaper etterspørsel. Enkelte mennesker vil kanskje se på dødshjelp som den enkleste utveien istedet for å søke hjelp eller annen behandling. Dette kan medføre at en rekke mennesker som egentlig kunne fått tilbudt hjelp faller utenfor og heller dør som en konsekvens. Sett med konsekvensetiske briller vil det ifølge Nortvedt (2016, s. 95) til tider vil være vanskelig å kalkulere hvilke konsekvenser en handling kan medføre. Et tungtveiende argument mot legalisering av aktiv dødshjelp vil derfor være at vi nettopp ikke vet konsekvensene (Nortvedt, 2016, s. 96).

4.2 Er aktiv dødshjelp et uttrykk for hybris?

Nortvedt (2016, s. 217) stiller spørsmål til om aktiv dødshjelp, som innebærer å ta et menneskes liv, er et uttrykk for hybris? Hybris er et uttrykk fra antikkens filosofi som innebærer at menneske setter seg over naturens orden, guds vilje og dermed noe som er

høyere enn det selv (Nortvedt, 2016, s 217). Og er ikke døden dette uforståelige og uforklarlige, som hverken mennesker eller vitenskap aldri kan få visshet om? Det at vi ikke vet hva døden er, betyr også at vi heller ikke vet hva døden vil innebære. Om døden vil innebære utslettelse, lindring eller mer lidelse vet vi ikke. Ved at helsepersonell prøver å gjøre seg til herre over døden ved å påføre den, begår de ikke da hybris? Er det ikke legens og sykepleierens oppgave å verne om livet? Ved å ta liv er man ikke da med på å undergrave grunnlaget som hele profesjonsetikken bygger på? (Nortvedt, 2016, s. 217).

I studie av Pesut et al. (2020) underbygger noen av sykepleierne at aktiv dødshjelp er et uttrykk for hybris. Noen av sykepleierene som deltok i studien hevder at døden handler om en større moralsk horisont og at det kun er Gud som kan styre døden, og ikke helsepersonell. Samtidig fremkommer det i samme studie at andre sykepleiere mente dette var feil, disse sykepleierne rettet seg mot at de hadde etisk og moralsk forpliktelse som omhandlet å sette pasienten i senter av alt.

Studien til Pesut et al. (2019) motsier at aktiv dødshjelp er et uttrykk for hybris. I studien fremkommer det at innblanding av sykepleiere har til å fremskynde en pasientens død ikke bør sees på som mer etisk galt enn andre helseoppgaver sykepleiere utfører. I studien diskuteres den moralske forskjellen mellom det å drepe og la en person dø naturlig. Det hevdes at det ikke er et vanntett barometer for hva som er moralsk akseptert. Med dette menes det ifølge studien at det i dagens samfunn blir sett på som rett å la noen dø naturlig, mens det å fremskynde døden blir sett på som galt. Fordi da vil sykepleier ha en unaturlig innblanding, fordi pasienten kan i utgangspunktet dø en naturlig død. Likevel stiller de spørsmål til dette fordi daglig har sykepleier en unaturlig innblanding ved blant annet å smertelindre pasienter og lindrer symptomer. De stiller da spørsmål til hvorfor dette blir akseptert som etisk rett, mens det å hjelpe noen til å dø blir sett på som galt. Når sykepleier i utgangspunktet i begge tilfeller har en unaturlig innblanding.

Den australske moralfilosofen Peter Singer (2002, referert i Nortvedt, 2016, s.96) sier seg enig at aktiv dødshjelp ikke er et uttrykk for hybris. Han mener det ikke er forskjell på aktiv dødshjelp og behandling som avsluttes med pasientens død som forventet følge. Han mener dette i praksis handler om direkte og indirekte ansvar for en pasients død. I dagens samfunn

er det forskjell på hva helsepersonell og samfunnet anser for å være drap og ikke drap (Nortvedt, 2016, s. 98).

4.3 Sykepleiers motstridende følelser rundt aktiv dødshjelp

Døden er en del av livet. Sykepleier har en viktig pleiende rolle i møte med uhelbredelig syke mennesker. Men hvordan påvirker arbeidet med døende mennesker sykepleiers syn på aktiv dødshjelp? I studien til Pesut et al. (2020) uttrykker flere av sykepleierne at aktiv dødshjelp er det mest innflytelsesrike arbeidet innen sykepleie. Kalfoss (2017, s.477) beskriver at sykepleiere som engasjerer seg på et personlig plan i arbeidet med pasienter som ønsker å dø, ofte gir uttrykk for en dyp innsikt og berikelse. Styrken og motet mange av de lidende pasienten viser, kan fylle sykepleier med beundring. Sykepleierne beskriver at de lærer hva det vil si å være menneske, om livets mening, om sårbarheten, om menneskeverdet, menneskets åndelige styrke og hvor verdifullt livet og den gjenværende tiden kan være når man ikke har lenge igjen å leve (Kalfoss, 2017, s. 478).

Det kan likevel tenkes at å pleie døende mennesker som lider av uhelbredelig sykdom kan være en stor prøvelse for sykepleiere. Dette underbygger studien til Elmore et al. (2018) hvor flere av sykepleierne understreker at dødshjelpen kommer med et stort ansvar. Noen av sykepleierne understreker også at de ser på dette ansvaret som en stor byrde. Pesut et al. (2020) mener det ikke er uvanlig at sykepleiere opplever overveldende følelser ved aktiv dødshjelp. I studien beskrev en sykepleier at hun ikke klarte å slutte å gråte etter gjennomførelsen av dødshjelpen. Andre sykepleiere beskrev at de følte seg ute av stand til å fungere grunnet overveldende følelser. Studien trekker frem at skyldfølelse er en stor faktor for disse følelsesmessige utfordringene.

Så hvordan kan man gi god nok pleie til pasienten, uten å involvere seg selv for mye emosjonelt? Kalfoss (2012, s. 489) beskriver at emosjonsfokusert mestring kan fungere som en unnvikelsesmanøver, hvor en benytter seg av ulike strategier for å unngå vanskelige situasjoner og dermed sine egne vanskelige følelser. Emosjonsfokusert mestring kan ifølge Kalfoss hjelpe sykepleieren til å tolerere og/eller dempe sine ubehagelige følelser (Kalfoss, 2012, s. 489).

Gitt de moralske og emosjonelle utfordringene sykepleierne står ovenfor i omsorg til pasienter som ber om aktiv dødshjelp kommer det frem i studien til Elmore et al. (2018) at et støttende team er svært viktig og nødvendig. Følelsen av å ha noen som støtter dine handlinger og forteller deg at du håndterte situasjonen bra beskriver mange av sykepleierne som en sikkerhet og trygghet. Studien tydeliggjør at sykepleierne har et stort behov for moralsk og emosjonell støtte og bekreftelse på at de har gjort en bra jobb.

I Norge vil en møte pasienter med et uttalt dødsønske uten mulighet til å innfri dette ønske. Hva blir da norske sykepleiere sin rolle i møte med pasienter som ønsker aktiv dødshjelp? Som sykepleier i Norge vil det å fremme håp være en av de viktigste sykepleieroppgavene. I henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleier skal «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Flere sykepleiere som deltok i studien til Elmore et al. (2018) påpeker at å fremme håp hos pasienten er en viktig forutsetning for å øke pasientens lyst til å leve videre. Sykepleier Anna Konstanse Holan Almli (2020) skrev i et innlegg på sykepleien at aktiv dødshjelp ikke var veien å gå, men at håp kan hjelpe pasienter til å finne mening med livet igjen hvis en får riktig hjelp, tid og omsorg.

På den andre siden beskriver Barth Tholens (2019) at for mange er håp som regel knyttet til sjansen for å holde døden på avstand, men når vi faktisk vet at døden skal inntreffe kan det oppstå håp om å kunne kontrollere selv dødsøyeblikket. Derfor vil aktiv dødshjelp være et alternativ og håp hos mange pasienter. På verdensbasis var det i 2018 totalt 6126 personer som tok livet ved hjelp av aktiv dødshjelp, det tilsvarer rundt 17 personer daglig. Flere av disse var nordmenn (Tholens, 2019).

Ifølge Vibeke Lohne (2017, s. 123) fins det håp i alle pasienter, hun mener det hører med til sjeldenhetene at noen er helt uten håp. Videre skriver hun at vi aldri kan tenke at det ikke er noe mer å gjøre for pasienten. Det er alltid mer å gjøre, selv om pasienten ønsker å dø. Sykepleierens faglige fokus er å fremme velvære og forebygge lidelse. Håpet fokuserer ikke nødvendigvis på å bli frisk. Håpet kan også være kortsiktige. Å hjelpe pasienten over i smertefrihet, trygghet og fredfullhet er sykepleierens vakreste og vanskeligste utfordring.

Med dette som siktemål dreier sykepleie seg om å aldri gi opp, heller ikke når pasienten ønsker å dø. Slik forenes håp og sykepleie i at begge består så lenge livet eksisterer (Lohne, 2017, s. 124).

5 Avslutning

Jeg har med denne oppgaven satt lys på aktiv dødshjelp og fremmet etiske og moralske utfordringer sykepleier møter ved aktiv dødshjelp. Målet har vært å få et reflektert forhold til problemstillingen, uten å gi en konklusjon på spørsmålet.

Autonomi, pliktetikk, velgjørenhet og ikke-skade er sentrale prinsipper en sykepleier står ovenfor når en pasient med uhelbredelig sykdom ber om aktiv dødshjelp (Pesut et al, 2019; Pesut et al, 2020; Elmore et al, 2018; Karlsson, 2011; Nortvedt, 2016, s. 215). Oppgaven besvarer i forhold til de etiske prinsippene at det finnes argumenter både for og imot aktiv dødshjelp. Oppgaven har bidratt til å gi meg en større forståelse av problemstillingen og en forståelse av hvor komplisert tematikken er. Som sykepleier i Norge må en forholde seg til de yrkesetiske retningslinjene som stadfester at «Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Likevel er det sykepleiere som støtter tanken om at pasienten skal ha rett til en selvstendig død, likt som pasientene yter at de ønsker å avslutte livet ved aktiv dødshjelp. Samtidig kan ikke sykepleier la sine overveldende følelser og personlige holdninger påvirke arbeidet med uhelbredelig syke mennesker. Det vil være viktig å informere pasienten om alternative behandlinger som ikke strider mot lovverket og sykepleiens yrkesetikk.

5.1 Implikasjoner for min praksis

Som sykepleier i Norge må man handle etter lovverk og de yrkesetiske retningslinjene, det vil derfor være uaktuelt å tilby pasienter aktiv dødshjelp. Likevel vil forespørselen om dødshjelp fra pasienter fortsette å eksistere og sykepleier blir nødt til å forholde seg til dette. En må da ifølge studien til Elmore et al. (2018) fremme andre behandlingsalternativer for pasienten. I et håp om at pasienten selv skal ønske å leve videre. For sykepleiere i Norge vil dette bygge på å fremme håp. I henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleier skal «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk

sykepleierforbund, 2019).

Derfor er det viktig at sykepleier er klar over, og følger lover og de yrkesetiske retningslinjene i sitt arbeid med uhelbredelig syke pasienter med et uttalt dødsønske, uavhengig om disse lovene og retningslinjene motstrider ens personlige holdninger vedrørende emnet. Som sykepleier i Norge tenker jeg at lover og retningslinjer bidrar til å gi en trygghet. De indikerer hvilke rammer en jobber under og hvor grensene går. Lover og retningslinjene i sykepleien fungerer som en rettesnor og bidrar til å forebygge tvil. Lovene bidrar også til at sykepleier kan føle på en trygghet ved at en ikke kan handle på andre måter enn hva loven tilsier. For mange sykepleiere vil jeg tro det kan være gunstig å ha lover og retningslinjer å lene seg på i vanskelige situasjoner. Det bidrar også til å sette en grense for hva som er rett og galt.

Trolig vil debatten rundt legalisering av aktiv dødshjelp fortsette. Etter å ha arbeidet med oppgaven har jeg virkelig fått satt meg inn i problematikken rundt aktiv dødshjelp sett fra et etisk og moralsk standpunkt. Jeg har satt meg inn i ulike synspunkter på aktiv dødshjelp både fra sykepleier og pasientens side. Andre sykepleiere og pasienters meninger har fått meg til å reflektere rundt mitt eget synspunkt på aktiv dødshjelp. Dette er noe jeg ønsker å ta meg videre til neste gang jeg møter en pasient med et uttalt dødsønske og videre inn i sykepleieryrket. Jeg håper også denne oppgaven kan bidra til å sette lys på problematikken rundt aktiv dødshjelp og bidra til mer refleksjon og diskusjon rundt temaet.

6 Referanseliste:

- Almli, A. K. H. (2020). *Å godta aktiv dødshjelp er å resignere*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/10/godta-aktiv-dodshjelp-er-resignere>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Doloen, K. A. (2009). *Flertall for aktiv dødshjelp*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/2009/05/flertall-aktiv-dodshjelp>
- Elmore, J., Wright, D. K. & Paradis, M. (2018). Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics*, 25(8), 955-972.
<https://doi.org/10.1177/0969733016679468>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W. & Cohen, J. (2016). Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician- Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *American Medical Association*, 316(1), 79-90.
DOI: [10.1001/jama.2016.8499](https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499)
- Gjersøe, H. M. (2019). Profesjoner. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (3. Utg, s. 41-67). Gyldendal Akademisk.
- Heggstad, A. K. T. (2018). *Etikk: i klinisk sjukepleie*. Det Norske Samlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekkliste*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Johansen, S., Hølen, J. C., Kaasa, S., Loge, J. H. & Materstvedt, L. J. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medical unit. *Palliative Medicine*, 2005 (19), 454-460.

<https://doi.org/10.1191/0269216305pm1048oa>

Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidene og døende pasienter: Sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *klinisk sykepleie 2* (5.utg, s. 453-481). Gyldendal Akademisk.

Karlsson, M., Milberg, A. & Strang, P. (2011). Dying cancer patients' own opinions on euthanasia: An expression of autonomy? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 26(1), 34-42. <https://doi.org/10.1177/0269216311404275>

Lohne, V. (2017). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 110-124). Cappelen Damm Akademiske.

Materstvedt, L. J. & Kaasa, S. (2018). Palliasjon og eutanasi. I S. Kaasa & L. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3. Utg., s. 83-95). Gyldendal Akdademiske.

Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaet: i helse- og omsorgsarbeid*. Gyldendal Akademiske.

Norsk sykepleierforbud. (2019). *Yrkesetiske retningslinje*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Faglig forvarlighet og omsorgsfull hjelp*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademiske.

Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K. & Janke, R. (2019). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing ethics*, 27(1), 152–167. <https://doi.org/10.1177/0969733019845127>

Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M. & Burgess, M. (2020). Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of Clinical Nursing*, 29, 3870-3881. <https://doi.org/10.1111/jocn.15427>

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. Utg.). Gyldendal Akademiske.

Steck, N., Egger, M., Maessen, M., Reisch, T. & Zwahlen, M. (2013). Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Medical Care*, 51(10), 938-944. DOI: [10.1097/MLR.0b013e3182a0f427](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a0f427)

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>

Thidemann, I-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter (2. utg.).
Universitetsforlaget.

Tholens, B. (2019). *Håp er så mye*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien/2019/12/hap-er-sa-mye>

Vedlegg 1:

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi

de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikkedeltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: