

Högskolan i Skövde  
Institutionen för vård och natur

**Nederländska sjuksköterskors personliga åsikter om dödshjälp**  
**Dutch nurses' personal opinions about assisted death**

Examensarbete i omvårdnad  
10 poäng  
Vårterminen 2007

Författare: Cardelli, Christofer  
Sjöstrand, Alexander  
Handledare: Jonsson, Peter

# SAMMANFATTNING

Titel: Nederländska sjuksköterskors personliga åsikter om dödshjälp  
Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde  
Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng  
Författare: Cardelli, Christofer; Sjöstrand, Alexander  
Handledare: Jonsson, Peter  
Sidor: 30  
Månad och år: Maj-2007  
Nyckelord: Dödshjälp, åsikter, beslut i livets slutskede, smärta

---

**Syfte.** Syftet med studien är att belysa nederländska sjuksköterskors personliga åsikter om dödshjälp. **Bakgrund.** I Nederländerna har det varit lagligt för läkare att assistera en patients död sedan 2002. I den allmänna och etiska diskussionen kring beslut som rör läkarassisterad död, i forskningen, i riktlinjer och i lagstiftning fokuseras på läkarens roll, övriga vårdgivares arbetsuppgifter antas vara mindre viktiga. Detta antagande kan ifrågasättas då sjuksköterskan vårdar patienten dagligen, ofta i en nära relation till den sjuka och hans eller hennes närstående i livets slutskede. **Metod.** För att uppnå studiens syfte användes en kvalitativ metod. I studien ingick tolv nederländska sjuksköterskor som fick ett frågeformulär med öppna frågor där de skulle motivera sina personliga åsikter till dödshjälp. **Resultat.** Resultatet visar tre huvudkategorier (och sju underkategorier) som belyser sjuksköterskans åsikt; mötet (diskussion, anhöriga), inre konflikter (religion, deltagande) samt influenser (smärtlindring, testamente, lagar och kriterier). **Konklusion.** Den svenska tabun kring läkarassisterad död bör tas bort för att utveckla debatten. Kvaliteten på den palliativa vården avgör ofta om och när patientens förfrågan om dödshjälp kommer. Kontinuerlig diskussion tydliggör underliggande faktorer till varför en förfrågan om dödshjälp ställs.

## ABSTRACT

Title: Dutch nurses' personal opinions about assisted death  
Department: School of Life Sciences, University of Skövde  
Course: Thesis in nursing care, 15 ECTS  
Author: Cardelli, Christofer; Sjöstrand, Alexander  
Supervisor: Jonsson, Peter  
Pages: 30  
Month and year: May-2007  
Keywords: Assisted death, opinion, end-of-life decisions, pain

---

**Aim.** The aim of the study is to highlight Dutch nurses' opinions about assisted death. **Background.** Since 2002 it has been legally justified for physicians to assist a patients' death in the Netherlands. Public and ethical debate, scientific research, guidelines for prudent practice and legislatures focus predominantly on the role of physicians, seemingly assuming that the tasks of other health care professionals are less important. Though, the nurse cares for the patient on a daily basis, and has a close relationship with the terminally ill and their next of kin. **Method.** A qualitative method was used. Twelve nurses were used in the study, and they received a questionnaire with open questions where they were supposed to motivate their personal opinions related to assisted death. **Results.** Three main categories (and seven sub categories) highlights the nurses' opinions; the meeting (discussion, next of kin), inner conflicts (religion, participation) and influences (pain relief, living will, laws and criteria). **Conclusions.** The Swedish taboo concerning assisted death need to be removed. The quality of the palliative care is decisive of when the patients' request of assisted death is putted. Continuous discussion elicits underlying factors of why a request of assisted death is putted.

# INNEHÅLL

<b>Inledning</b> .....	<b>I</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>I</b>
Definitioner och förklaringar av begrepp.....	<b>II</b>
Sociokulturella aspekter samt allmänhetens åsikter .....	<b>III</b>
Lagliga aspekter kring dödshjälp då och nu .....	<b>V</b>
Diskussionen kring eutanasi .....	<b>VII</b>
Sjuksköterskans roll vid eutanasi.....	<b>VIII</b>
Sjuksköterskors åsikter kring assisterad död .....	<b>IX</b>
<b>Problembeskrivning och syfte</b> .....	<b>XI</b>
Problemområde .....	<b>XI</b>
Syfte .....	<b>XI</b>
Problemformulering.....	<b>XI</b>
Avgränsningar .....	<b>XII</b>
Förväntat resultat.....	<b>XII</b>
<b>Metod</b> .....	<b>XII</b>
Sjuksköterskor som informanter .....	<b>XIII</b>
Urval.....	<b>XIII</b>
Formulär .....	<b>XIV</b>
Analys av data.....	<b>XV</b>
Etiska aspekter .....	<b>XVI</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>XVII</b>
<b>Mötet</b> .....	<b>XVII</b>
Diskussion .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Anhöriga .....	<b>XVIII</b>
<b>Inre konflikter</b> .....	<b>XVIII</b>
Deltagande .....	<b>XIX</b>
Religion.....	<b>XIX</b>
<b>Influenser</b> .....	<b>XX</b>
Smärtlindring .....	<b>XX</b>
Testamente .....	<b>XX</b>
Lagar och kriterier.....	<b>XXI</b>
<b>Resultatsammanfattning</b> .....	<b>XXII</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>XXIII</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>XXIII</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>XXIV</b>
<b>Vad studien kan bidra med</b> .....	<b>XXVI</b>
<b>Den politiska diskussionen i Sverige</b> .....	<b>XXVI</b>
<b>Problem vid studiens framtagande</b> .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
<b>Framtida studier</b> .....	<b>XXVII</b>
<b>Konklusion</b> .....	<b>XXVII</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>XXVIII</b>

## **INLEDNING**

Författarna har under sin verksamhetsförlagda utbildning inom äldreomsorgen och i sjukhusmiljö, sett och upplevt hur människor lider i livets slutskede. Frågan om dödshjälp har de senaste åren diskuterats allt livligare i media, vilket har väckt författarnas intresse för ämnet.

Eutanasi är grekiska för ”god död” och innebär att någon annan än patienten (företrädevis en läkare) utför en handling (till exempel administrerar en dödlig injektion) med avsikten att patienten avlider (Ersek, 2004). Ämnet diskuteras i allt större utsträckning nationellt och internationellt, men det är bara i Nederländerna och Belgien som parlamenten har tagit steget att legalisera det. I Schweiz och i den amerikanska delstaten Oregon har assisterat självmord legaliserats, i det schweiziska fallet även för människor som är medborgare i andra länder. (Ersek, 2004).

I detta arbete ligger fokus på sjuksköterskor. Bilsen, Vander Stichele, Mortier och Deliens (2004) skriver att sjuksköterskan vårdar patienten dagligen, ofta i en nära relation till den sjuka och hans eller hennes närstående i livets slutskede. Allmänheten och läkarsällskap i Nederländerna må vara för eutanasi, men det råder delade meningar om vad sjuksköterskorna personligen anser (Verpoort, Gastmans, De Bal & Dierckx de Casterlé, 2004).

Komplexiteten i ämnet gör att det är svårt för människor att anse sig vara helt för eller helt emot. Ersek (2004) skriver att en nödvändighet för att få en uppfattning om dödshjälp är att först reflektera över vad som är meningen med lidande och död. Varför uppstår lidande? Vad händer när vi dör? Vad innebär en ”god död”? Detta är frågor som inte går att besvara genom yrkesrollen, utan enbart baserat på egna åsikter och värderingar.

Det är nu fem år sedan den nya lagen trädde i kraft och sjuksköterskornas erfarenheter bör därför ha format åsikter som kan vara intressanta för den fortsatta diskussionen om läkarassisterad död. Denna studie ämnar undersöka hur nederländska sjuksköterskor rent personligt ser på eutanasi och assisterat självmord.

Författarna har under examensarbetets gång befunnit sig i Nederländerna och studerat på universitetet i Windesheim, Zwolle.

## **BAKGRUND**

Redan 1922 fanns ordet ”eutanasi” i Svenska Akademiens ordbok, och definitionen har inte förändrats sedan dess (Westrin & Nilstun, 2005). Enligt denna ordbok innebär uttrycket ”lätt o. smärtfri död; åtgärder för att bereda (en obotligt sjuk, för döden liggande person) en så smärtfri död som möjligt” (Svenska akademins ordbok, 2004).

Eutanasi och övriga former av assisterad och påskyndad död är ett ämne som det skrivs och forskas mycket omkring i hela världen. Vid en sökning i databasen Electronic Library

Information Navigator (ELIN) på ordet "euthanasia" i titeln på artiklar skrivna mellan 2002 och 2007 presenteras 367 träffar.

Läsaren kommer att ges en introduktion till läkarassisterad död med fokus på Nederländsk praxis, kultur samt lagstiftning under nedanstående rubriker.

Under rubriken Definitioner och förklaringar av begrepp redovisas de uttryck som används i studien och läsaren ges en tydlig definition av dessa. Under rubriken Sociokulturella aspekter samt allmänhetens åsikter ämnar arbetet visa för läsaren hur experter inom olika områden anser att acceptansen till läkarassisterad död har kunnat uppstå i Nederländerna. Studier som undersökt allmänhetens och vårdpersonals åsikter gentemot dödshjälp redovisas också.

Den efterföljande rubriken, Lagliga aspekter kring dödshjälp då och nu, ger läsaren insikt i hur Nederländsk lag har utvecklats under de senaste 30 åren. Under denna rubrik beskrivs även termen "due care", vilket är en form av riktlinjer som läkarna ska följa vid utförandet av eutanasi samt assisterat självmord. Den efterföljande rubriken, kallad Diskussionen kring eutanasi, sammanställs dels studier där sjuksköterskornas behov av att tala om eutanasi har undersökts. Då denna studie ämnar bidra med utvecklingen av den svenska diskussionen om dödshjälp nämns ett antal artiklar som återfunnits i svensk media under de senaste åren för att visa att diskussionen pågår även i Sverige.

Studier som berör sjuksköterskans roll vid eutanasi redovisas under den efterföljande rubriken och under den nästkommande rubriken ges läsaren en redovisning av vad nederländska sjuksköterskor har för åsikter gentemot eutanasi enligt tidigare studier.

## **Definitioner och förklaringar av begrepp**

De enorma framsteg som gjorts inom vetenskapen och teknologin har resulterat i att vårdpersonal inom medicinen fått stora möjligheter att förlänga det mänskliga livet. Däremot har inte läkarvetenskapen kunnat garantera bättre livskvalitet under denna förlängda livsfas. Ett antal viktiga etiska frågeställningar uppstår till följd av denna antagonism mellan livslängd och livskvalitet. En stor fråga som diskuteras och debatteras över hela världen är det etiskt riktiga i och möjligheten till acceptans av en legalisering av eutanasi. (Verpoort, Gastmans, De Bal & Dierckx de Casterlé, 2004).

Många gånger kompliceras diskussionen kring denna assisterade död av att de olika begreppen är förvirrande (Ersek, 2004). Tidigare nämndes Svenska Akademiens definition på eutanasi, men ordet har emellertid delvis andra betydelser i andra samtida och auktoritativa skrifter (Westrin & Nilstun, 2005). I Nationalencyklopedins ordbok (2007a) är definitionen "barmhärtighetsmord", och under detta ord står "medvetet förkortande av obotligt sjuk persons liv (av humanitära skäl)". Frånsett att Svenska Akademiens definition kräver att döden ska vara nära förestående, framhålls inte frivillighet som något väsentligt. Vårdgivare förstår inte skillnaden mellan assisterad död, eutanasi samt ökad administration av smärtstillande i livets slutskede. Dessa missförstånd hindrar utvecklande diskussioner och riskerar allmänhetens förtroende för den kliniska verksamheten. (Ersek, 2004). Wilkes, White och Tolley (1993) fann i sin studie att sjuksköterskor har olika åsikter om innebörden av eutanasi. De beskriver dels eutanasi som ett sätt att förbättra patientens komfort och låta denne dö smärtfritt samt för att respektera patientens autonomi. Men de framhåller också det illegala och omoraliska i handlingen samt rädslan för att bli åtalade om de är delaktiga i eutanasiprocessen (Wilkes m.fl., 1993).

I detta arbete används begrepp såsom läkarassisterad död, eutanasi, passiv dödshjälp, assisterat självmord samt behandling med dubbel effekt. För att läsaren skall få en klar bild av dessa begrepps betydelse följer i stycket nedan en definition och förklaring av ovannämnda.

**Läkarassisterad död** är en term som innefattar eutanasi samt assisterat självmord (Ersek, 2004). **Eutanasi**, eller aktiv dödshjälp, innebär att någon annan än patienten (företrädevis en läkare) utför en handling (till exempel administrerar en dödlig injektion) med avsikten att patienten avlider. Eutanasi kan för patienten vara frivillig, ofrivillig och omedveten. Vid frivillig eutanasi berövas patienten om livet på dennes uttalade önskan. Vid ofrivillig eutanasi berövar läkaren patienten på dennes liv, även om denne på något sätt motsäger sig detta och omedveten eutanasi innebär att läkaren med medicinsk hjälp dödar en patient som är oförmögen att be om denna assisterade död. (Ersek, 2004). **Passiv dödshjälp** innebär att läkaren avbryter livsuppehållande behandling av patienten som denne inte längre önskar, som är oproportionellt plågsam för patienten eller som inte är till fördel för patienten. Exempel på sådan livsuppehållande eller livsförlängande behandling kan vara hjärt-lungräddning, nyttjande av respirator, sondmatning och antibiotikabehandling. (Ersek, 2004).

**Assisterat självmord** innebär att läkaren medvetet ger patienten möjlighet att begå självmord, genom att exempelvis skriva ut dödliga tabletter. Patienten agerar, på eget bevåg och medvetet, på ett sätt som avlutar hans eller hennes liv. (Ersek, 2004).

**Behandling med dubbel effekt** är en princip som ger moralisk rättfärdighet för vårdgivaren att utföra en medicinsk handling med två förutsedda effekter; en bra och en dålig. Denna princip används ofta för att berättiga administration av opiater och annan medicinering i livets slutskede som kan leda till tidigare död. Handlingen anses rättfärdig eftersom syftet är att stilla smärta och lidande. Dock leder detta i sin tur till den förutsedda, men oönskade, effekten att patienten avlider. (Ersek, 2004).

## **Sociokulturella aspekter samt allmänhetens åsikter**

Cohen-Almagor och Phil (2001) gjorde en studie med frågeställningen om huruvida det existerar en "dödkultur" i Nederländerna. Alla intervjuer gjordes av Cohen-Almagor, som medvetet valde att inte närmare förklara detta uttryck för respondenterna. Han ville se om respondenterna själva hade olika uppfattning om hur detta uttryck ska tolkas. Han intervjuade totalt 28 nederländska experter inom flera områden; medicin, psykiatri, filosofi, juridik, socialvetenskap och etik. Enligt de flesta experter inom de ovannämnda områdena skiljer sig inte Nederländerna från andra länder rent kulturellt. Den nederländska kulturen ansågs öppen, tolerant och som välkomnar debatter och nya synsätt. Läkarna är "goda människor" som vill hjälpa sina patienter, inte döda dem. En mindre grupp experter menade dock att nederländare inte alls välkomnar kritik och är konservativa i sin liberala attityd till eutanasi. Cohen-Almagor går på samma bana och anser att den nederländska kulturen inte alls välkomnar kritik eller nya synsätt gentemot den lagenliga eutanasin, även om tabun kring ämnet oftast är liten eller obefintlig. (Cohen-Almagor & Phil, 2001).

En av respondenterna som Cohen-Almagor intervjuade var John Griffiths, professor i rättssociologi. Cohen-Almagor skriver att han själv anser att det är ett problem att vetenskapsmän och beslutsfattare stöder ett system för eutanasiprocessen som har så

många brister. Griffiths kommenterade i efterhand detta och skrev att "nederländarna är medvetna om dessa brister och arbetar hela tiden på att förbättra systemet". (Cohen-Almagor & Phil, 2001). Ett exempel på detta arbete är "Groningen protocol" som utarbetades under 2004 för att ge klara riktlinjer för hur läkare skulle agera i de fall där sjuka barn föddes med dåliga prognoser. Groningenprotokollet nämner fem krav för att eutanasi ska få utföras på nyfödda: (1) Diagnos och prognos måste vara säkra, (2) hopplös och olidlig smärta måste vara närvarande, (3) diagnosen, prognosen och den olidliga smärtan måste bekräftas av minst en oberoende läkare, (4) båda föräldrarna måste ge sitt formella samtycke och (5) processen måste utföras enligt gällande medicinsk standard, det vill säga enligt gällande riktlinjer för eutanasi (Verhagen & Sauer, 2005).

Ett annat exempel på förbättringsarbete är projektet "SCEN" (Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands), vilket gav läkarna möjlighet att konsultera läkare som var experter på frågor rörande eutanasi (Jansen-van der Weide, Onwuteaka-Philipsen & van der Wal, 2007). Målet med projektet var att öka kvaliteten på konsultationerna. Jansen-van der Weide (2007) skriver att detta mål har uppnåtts, även om konsultationerna höll god kvalitet även innan.

Svenska statens medicinsk-etiska råd (SMER) var i Haag i november 2006 för att delta i ett svensk-nederländskt seminarium kring erfarenheter av svåra beslut i livets slutskede. Ovannämnde professorn, John Griffiths, redogjorde där för synen på eutanasi i Europa och beskrev utvecklingen i olika länder. De som är mest emot eutanasi är människor i Italien och Norge och mest positiva är allmänheten i just Nederländerna samt Belgien. (SMER, 2006).

Utifrån ett fenomen som benämns "The nudist beach phenomenon" menade John Griffiths att brytandet av ett tabu leder till större transparens men också fler regler och mer kontroll. Regelverket kring eutanasi har vuxit i omfattning på både gott och ont. Det finns en betryggande lagreglering men omfattningen har gjort den komplicerad. (SMER, 2006).

Etikprofessor Govert den Hartogh resonerade på ovannämnda seminarium kring de etiska aspekterna på det nederländska synsättet. Den klassiska utgångspunkten är att bevarandet av liv är högsta prioritet och att minska lidande är nummer två, men vårdpersonalen måste utvidga respekten för autonomi och omvärdera livets helighet om någon vill dö. Han menade att det inte är någon moralisk skillnad mellan att döda och att låta dö eller mellan palliativ vård och dödshjälp. Hans resonemang kretsade kring balansen mellan att rädda liv och bevarandet av människovärdet och ansåg att eutanasi kan vara legitimt av barmhärtighet för att bevara en persons värdighet. (SMER, 2006).

I Nederländerna tenderar både läkare och allmänheten att ha en tillåtande attityd till läkarassisterad död för omdömesgilla patienter i livets slutskede. Dock är allmänheten mer tillåtande än läkare både i Nederländerna och i andra länder. (Rietjens, van der Heide, Onwuteaka-Philipsen, van der Maas & van der Wal, 2005). I en nederländsk studie som gjordes 1995, och replikerades 2001, användes patientfall för att utvärdera den nederländska allmänhetens attityd till beslut som rör behandling som syftar till att förkorta livet. Det visade sig att allmänheten i stor utsträckning accepterade eutanasi i Nederländerna; 83% (1995) respektive 88% (2001) av respondenterna ansåg att eutanasi är gångbart i de fall där patienten lider svårt i livets slutskede. I studien som ägde rum 2001 frågade författarna även om attityden till att aktivt ta livet av en patient med demens, men med egen vilja, samt personer som inte har någon allvarlig sjukdom, men



som önskar assisterad död. I det första fallet ansåg 80% att assisterad död var godtagbart, medan 25% ansåg det vara acceptabelt i det andra fallet. (Rietjens m.fl., 2005). Dock har diskussioner förts kring att allmänhetens ökade acceptans för läkarassisterad död skulle kunna leda till att fler läkare motsätter sig eutanasi, då de känner sig pressade att utföra denna emot sin egen vilja (Rietjens m.fl., 2005). Rietjens m.fl. (2005) visar också i sin studie att allmänheten i Nederländerna inte verkade uppfatta någon skillnad mellan att aktivt döda en palliativ patient och att utföra behandling med dubbel effekt (öka morfingdosen). Målet med att erbjuda en god död genom att eliminera lidandet ansågs viktigare än på vilket sätt målet nås. (Rietjens m.fl., 2005).

Enligt en studie gjord av Rietjens, van der Heide, Onwuteaka-Philipsen, van der Maas och van der Wal (2006) på den nederländska befolkningen, visades olika faktorer som befolkningen ansåg viktiga beträffande eutanasi. De viktigaste faktorerna var "Möjligheten att ta farväl av nära och kära" (94%), "Dö med värdighet" (92%), "Möjligheten att bestämma om behandling i livets slutskede" (92%) och "Dö fri från smärta" (87%). Faktorer som inte ansågs vara lika viktiga var att "Dö i hemmet" (65%), "Inte vara en börda för anhöriga" (65%), "Vara förberedd på döden" (63%), "Vara vid medvetande tills man dör" (61%) och att "Vara oberoende av andra" (60%). Undersökningen visade också faktorer som mindre än varannan informant lade vikt vid, faktorer som "Möjligheten att välja tid för inträffande av döden" (38%) och att "Ha löst livsviktiga uppgifter" (47%). (Rietjens m.fl., 2006).

Rietjens m.fl. (2006) skriver också att i det västerländska samhället är självständighet och individualism högt värderat. I studien framkom att dessa värderingar är kopplade till döendefasen, det vill säga att ha kontroll och att kunna vara oberoende är viktiga aspekter för en god död. I Nederländerna är patienterna mer engagerade i beslutsfattandet kring den medicinska behandlingen i livets slutskede än patienter i andra länder. Dock ska detta inte ses som en ensam förklaring till varför eutanasi är accepterat i så stor grad i Nederländerna (Rietjens m.fl., 2006).

## **Lagliga aspekter kring dödshjälp då och nu**

I Nederländerna har eutanasi varit lagligt sedan april 2002 – även om det utförts under betydligt längre tid än så. Eutanasi utförd i det tysta har, trots att det varit olagligt, tolererats i Nederländerna i över 30 år. (Cuttini, Casotto, Kaminski, de Beaufort, Berbik, Hansen, Kollée, Kucinskas, Lenoir, Levin, Orzalesi, Persson, Rebagliato, Reid & Saracci, 2004; Materstvedt & Kaasa, 2002).

Det första uppmärksammade fallet av eutanasi i Nederländerna var Postma-fallet. Den 27 november 1972 avslutade den kvinnliga läkaren, doktor Postma, sin mors liv med hjälp av en stor dos morfin intravenöst. Doktor Postmas mor, en 78-årig änka, låg på sjukhem sedan några månader, då hon fått en hjärnblödning och blivit halvsidesförlamad, och det var personal på sjukhemmet som anmälde händelsen. Modern hade vid upprepade tillfällen bett dottern och personal på sjukhemmet om hjälp att avsluta hennes liv. Den medicinska utredaren i fallet menade att det blivit mer accepterat, så länge vårdpersonalen följer vissa villkor, att patienter inom palliativ vård får smärtstillande medel i så stora doser att det finns risk för att livet förkortas. De villkor han syftade på var att; patienten är obotligt sjuk, patienten finner sitt psykiska eller fysiska lidande outhärdligt, patienten uttryckt en önskan om att få dö, patienten i medicinska termer är i slutfasen av sin

sjukdom samt att den som utför handlingen är läkare. Doktor Postma dömdes till en veckas fängelse och ett års villkorlig dom eftersom det ansågs att hennes mor inte var i ett palliativt tillstånd. (Griffiths, Bood & Weyers, 1998). Postmafallet följdes i vid utsträckning av media och baserat på den medicinska utredarens villkor skapades en preliminär policy kring dödshjälp av olika medicinska organisationer (a a s 53).

Förutom det mediala intresset för Postmafallet så bildades många organisationer som var för eller emot eutanasi. Den största organisationen som var för eutanasi, och den enda som fortfarande existerar, är Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) som bildades 1973. Organisationen arbetar för att främja allmänhetens acceptans av frivillig eutanasi och dess laglighet. (Griffiths m.fl., 1998). Cohen-Almagor och Phil (2001) intervjuade i sin studie professor Koerselman, som anser att NVVE har bidragit till att utforma den kultur kring dödshjälp som idag existerar i Nederländerna. Koerselman menar att det är en stark organisation med ett mycket framgångsrikt koncept, som gör eutanasi till en viktig del av det medicinska etablissemanget (Cohen-Almagor & Phil, 2001). Organisationens främsta uppgift är att få människor att skriva under ett dokument som förklarar att om en sjukdom eller olycka skulle skapa sådan fysisk eller mental skada att återhämtning till en god livskvalitet inte längre är möjlig, så vägrar han eller hon fortsatt medicinsk behandling och önskar istället att eutanasi utförs (Griffiths m.fl., 1998).

Även om den aktiva dödshjälpen alltså utförts under lång tid ansågs det inte vara en naturlig handling att avsluta någons liv. Av den anledningen beslutade de nederländska makthavarna att denna policy skulle ses över. Från och med 1991 var nederländska läkare tvungna att rapportera alla fall till åklagarmyndigheten, när de administrerade eller erbjöd dödliga läkemedel för att avsluta en patients liv. Läkarna drogs inte inför rätta om de följt de officiella kriterierna för "due care", i detta arbete kallat tillbörlig omsorg. (Rietjens m.fl., 2005). År 1998 reviderades dessa rapporteringskrav och åklagare kontaktades bara då en kommitté, bestående av en medicinsk specialist, en jurist samt en specialist inom etik, ansåg det nödvändigt. (Rietjens m.fl., 2005). Den 28 november år 2000 röstade "the Lower House" i det nederländska parlamentet med resultatet 104-40 i favör för en legalisering av eutanasi. Den 10 april 2001 röstade även den nederländska senaten i favör för en legalisering med resultatet 46-28. (Materstvedt & Kaasa, 2002). År 2002 trädde legaliseringen av eutanasi samt assisterat självmord officiellt i kraft genom "Wet toetsing levensbeëindiging op versoek en hulp bij zelfdoding", eller "Reglering av procedurer för dödshjälp på förfrågan samt assisterat självmord", vilken gjorde att läkare inte kunde åtalas för sina handlingar. Den multidisciplinära kommitténs funktion förblev densamma, vilket innebär att åklagarmyndigheten endast kontaktas när läkaren har brutit mot regleringar eller riktlinjer. (Materstvedt & Kaasa, 2002; Rietjens m.fl., 2005). För första gången inkluderar lagen även minderåriga, som nu kan be om och erbjudas eutanasi, med föräldrarnas tillstånd om barnet är 12-15 år gammalt och utan föräldrarnas tillstånd om barnet är äldre än så. (Cuttini m.fl., 2004).

Kravet om due care (tillbörlig omsorg) gäller även efter legaliseringen, och detta bygger på ett antal kriterier som alla måste uppfyllas för att tillbörlig omsorg ska uppnås; patientens förfrågan, lidande, information till patienten, uteslutning av andra alternativ samt konsultation.

Först måste patienten själv begära att få avsluta sitt liv, och denna begäran måste vara frivillig och noga övervägd. För att en begäran ska anses frivillig skall patienten inte känna någon stress och inte heller anses påverkas av någon eller något. En begäran anses vara noga övervägd om patienten förstår sin diagnos samt prognos för sin sjukdom, och

denne skall också veta vilka olika behandlingsalternativ som finns tillgängliga. Det är alltid läkarens ansvar att patienten ska vara välinformerad. (Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2007).

Lidande är ett kriterium som uppfylls om patienten anses ha olidlig smärta och det inte finns några tecken på förbättring. Här spelar läkarens åsikt angående behandling och omvårdnad en stor roll. Läkaren måste vara övertygad om att det inte finns några andra lösningar än eutanasi och assisterat självmord. Det här kriteriet visar att läkaren och patienten måste komma överens om beslutet.

En läkare måste alltid konsultera en andra läkare som inte har någon kontakt med patienten. Läkaren måste även få ett skriftligt intyg av den konsulterade läkaren att han har sett patienten och att han anser att "due care" har observerats. (Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2007).

I 2005 års rapport om eutanasi i Nederländerna inkom 1933 rapporter till de regionala kommittéerna varav 1765 fall var eutanasi, 165 fall av assisterat självmord och 25 fall var en kombination av både eutanasi och assisterat självmord. I tre av fallen fann kommittéerna att läkarna inte hade följt de befintliga riktlinjerna enligt tillbörlig omsorg. I genomsnitt kom det in en rapport var 28:e dag. (Regional Euthanasia Review Committees, 2006).

## **Diskussionen kring eutanasi**

Ämnet anses ofta tabubelagt och allt fler höjer sina röster för att just politiker och vårdpersonal i ökad grad ska följa och delta i debatten (Verpoort m.fl., 2004). I en litteraturstudie gjord av Verpoort m.fl. (2004) fann författarna att sjuksköterskorna gärna utnyttjade möjligheten att lämna ytterligare kommentarer om dödshjälp. De uttryckte tydligt att vårdpersonal bör tala om eutanasi samt att de vill berätta sina historier och framföra sina åsikter och rekommendationer kring detta ämne. Förutom att sjuksköterskorna ansåg att vårdpersonal inom sjuksköterskeprofessionen bör tala mer om eutanasi uttryckte de även en önskan om mer träning inom palliativ vård. Sjuksköterskorna sade att smärta och annat lidande är huvudorsakerna till att patienterna vill få hjälp att avsluta sina liv och menade att om dessa symtom kunde behandlas och tas under kontroll, skulle de flesta patienterna ha kvar sin vilja att leva. (Verpoort m.fl., 2004).

Även i Sverige förs diskussioner kring dödshjälp. Sifo research and consulting (2005) gjorde 1214 telefonintervjuer med svenskar för att undersöka hur dessa ställer sig till dödshjälp. Resultatet visade att 78% av svenskarna anser sig vara för dödshjälp (Sifo Research & Consulting, 2005). Kvällstidningar och övrig media har i ökande grad uppmärksammat fenomenet dödshjälp och tidningar som Expressen och Aftonbladet har under det senaste året haft följetonger av fall med dödssjuka människor som önskar få hjälp att avsluta sitt liv, ofta med tillhörande kommentarer och argumenteringar från politiker eller experter. Exempelvis följdes Ellen Bergmans öde efter att hon den 1 januari 2007 bestämt sig för att sluta äta och dricka. Ellen ville verka för att dödshjälp ska bli tillåtet i Sverige. Hon ville starta ett samtal med politiker, läkare och medmänniskor om hur vi ska dö. Även Peter Munks öde har följts. Peter drabbades av levercancer, men avböjde behandling i form av cellgifter och ville själv kunna bestämma när han skulle dö.

Exempel på rubriker i svensk media:

”Så ser svenska experter på aktiv dödshjälp” – Aftonbladet 2005-03-27<sup>1</sup>

”Det är inte förbjudet att hjälpa någon dö” – Aftonbladet 2006-10-01<sup>2</sup>

”Munks kamp över – dog i söndags” – Aftonbladet 2007-03-08<sup>3</sup>

”Därför får Ellen inte hjälp att dö” – Expressen 2006-12-28<sup>4</sup>

”Många starka reaktioner efter artiklarna om Ellen” – Expressen 2007-01-18<sup>5</sup>

## **Sjuksköterskans roll vid eutanasi**

Vårdgivare konfronteras i allt större utsträckning med beslut som har en direkt eller indirekt betydelse för palliativa patienters livslängd. I den allmänna och etiska diskussionen kring dessa beslut, i forskningen, i riktlinjer och i lagstiftning fokuseras främst läkarens roll, och övriga vårdgivares arbetsuppgifter antas vara mindre viktiga. Detta antagande kan ifrågasättas, särskilt med tanke på sjuksköterskans profession. Sjuksköterskan vårdar patienten dagligen, ofta i en nära relation till den sjuke och hans eller hennes närstående i livets slutskede. (Bilsen, Vander Stichele, Mortier & Deliens, 2004). Gastmans, Lemiengre och Dierckx de Casterlé (2006) sammanställer ett antal internationella studier som visar att ungefär en av fyra sjuksköterskor, någon gång under sin karriär, ställts inför en förfrågan om eutanasi från minst en patient.

Sjuksköterskans roll vid läkarassisterad död nämndes för första gången i den nederländska statens utredning kring eutanasi år 1985. Utredningens uppgift var att ge råd till framtida statliga riktlinjer, men ansåg det inte nödvändigt att inkludera sjuksköterskans roll i framtida lagtext (Van de Scheur & van der Arend, 1998). Gastmans m.fl. (2006) skriver att den nederländska sjuksköterskans roll vid utförandet av aktiv dödshjälp varierar från att enbart vara närvarande när den dödliga injektionen administreras till att själv administrera injektionen. Gastmans m.fl. (2006) urskiljer två olika roller för sjuksköterskan i denna kontext – som ”sällskap” och som ”teknisk support”. I allmänhet anser sjuksköterskorna att deras främsta roll är att hjälpa och stödja patienten och dess närstående. Detta innebär att en god omvårdnad erbjuds i ett helhetsperspektiv, inte bara under dagarna och timmarna som leder fram till den assisterade döden, utan även under tiden som administrationen av den dödliga injektionen äger rum. (Gastmans m.fl., 2006). Flera studier visar (i Gastmans m.fl., 2006) att även om sjuksköterskor inte har laglig rätt att administrera dödliga läkemedel, delegeras denna uppgift till dem då och då. Enligt Gastmans m.fl. (2006) har 12% av de tillfrågade sjuksköterskorna i en nederländsk studie uppgett att de administrerat dödligt läkemedel och därmed utfört aktiv dödshjälp, trots att det alltså är en illegal handling. Bilsen m.fl. (2004) skriver att det är oklart om sjuksköterskan som administrerar dessa injektioner är medveten om konsekvenserna av sitt agerande. Det följer inte medicinens kodex att läkare delegerar uppgifter med så stora konsekvenser, särskilt inte om läkaren inte är närvarande vid själva administreringen. Författarna skriver också att det i vissa fall inte kan uteslutas att sjuksköterskan motsätter sig den dödliga injektionen, men att de känner

<sup>1</sup> <http://www.aftonbladet.se/vss/nyheter/story/0,2789,623163,00.html>, www-sida hämtad 2007-03-26

<sup>2</sup> <http://www.aftonbladet.se/vss/nyheter/story/0,2789,897004,00.html> www-sida hämtad 2007-03-29

<sup>3</sup> <http://www.aftonbladet.se/vss/helsingborg/story/0,2789,1017105,00.html> www-sida hämtad 2007-03-29

<sup>4</sup> <http://www.expressen.se/1.473404> www-sida hämtad 2007-03-29

<sup>5</sup> <http://www.expressen.se/1.524858> www-sida hämtad 2007-03-29

sig tvungna på grund av sin underlägsenhet gentemot läkaren. Att administrera en dödlig injektion, även på läkares begäran, sätter sjuksköterskan i en svår sits rent juridiskt då det är strängeligen förbjudet för någon annan än läkaren att utföra eutanasi, även efter lagändringen i Nederländerna år 2002 (Bilsen m.fl., 2004).

Enligt en nederländsk studie från 1997 gjord av Muller, Pijnenborg, Onwuteaka-Philipsen, van der Wal och van Eijk så beslöt sig läkaren för att inte kontakta en sjuksköterska i vissa fall där eutanasi utförts. Enligt läkarna kunde det vara anledningar som "Patientens önskan att inte rådgöra med sjuksköterskan" (30%), "Inte nödvändigt att kontakta sjuksköterskan, allt är klart" (30%), "Sjuksköterskan har knappt varit involverad" (15%), "Det skulle äventyra sekretessen" (12%), "Ville hålla det hemligt" (9%) och "Hade inte tid" (6%). I samma studie redovisas att nästan samtliga läkare som blev intervjuade tyckte att sjuksköterska inte skulle få administrera det dödliga läkemedlet.

### **Sjuksköterskors åsikter kring läkarassisterad död**

En nationell studie i Nederländerna gjord av Gastmans m.fl. (2006) rapporterade att läkarna konsulterade sjuksköterskor i fråga om eutanasi i 79% av fallen på sjukhus och 81% på sjukhem. Dock visade samma studie även att ungefär hälften av sjuksköterskorna upplevde problem i beslutsprocessen. Problemen kunde bestå i bristfälligt eller uteblivet samarbete med läkaren samt dröjsmål inför ett slutgiltigt beslut. (Gastmans m.fl., 2006). Sjuksköterskor har ett behov av att tala ut efter att eutanasi har utförts. De känner ett behov av att uttrycka sina känslor för sina kollegor för att hjälpa dem att spänna av och därigenom tillåtas gå vidare med sitt arbete och liv (De Bal, Dierckx de Casterlé & De Beer, 2006). Detta kan vara en indikation på att nederländska sjuksköterskor kan ha åsikter om assisterad död som skiljer sig från den lagliga rättighet som utnyttjas i nederländsk sjukvård. De Bal m.fl. (2006) sammanfattar en nederländsk kvalitativ studie, från slutet av nittioalet, som visade att sjuksköterskor som motsade sig eutanasi upplevde problem i vårdrelationen med patienten. Sjuksköterskorna fann det bland annat svårt att prata med patienten om sin egen etiska syn, vilket innebar att de inte alltid avslöjade sina personliga åsikter om eutanasi för patienten. Om dessa sjuksköterskor hade svårt att erbjuda adekvat omvårdnad på grund av sin etiska syn, togs detta i beaktande när ansvaret för omvårdnad av patienterna fördelades. Ibland uppstod problem när sjuksköterskorna vägrade att ge vård åt patienter som efterfrågade eutanasi. Detta beteende menade författarna var en form av protest mot beslutet att utföra eutanasi. (De Bal m.fl., 2006).

Tidigare forskning har undersökt sjuksköterskors attityd till dödshjälp före eventuell legalisering i det berörda landet. Verpoort m.fl. (2004) sammanställde artiklar som beskrev sjuksköterskors attityd till dödshjälp, med kravet att artiklarna skulle ha skrivits före eventuell legalisering i de undersökta länderna. De skriver i sin artikel att deras litteraturstudie syftar till att skapa en grund för kommande forskning om sjuksköterskors attityd. Andelen sjuksköterskor som uppgavs vara för dödshjälp sträckte sig mellan 14%, 47%, 62%, 63% och 78%. De sjuksköterskor som var positiva till dödshjälp använde framförallt följande argument; patientens livskvalitet, respekt för patientens autonomi och missnöje med patientens rådande situation. Argument som användes emot dödshjälp var att en god död var att försöka behålla största möjliga välbefinnande och undvika obehag. Informanterna som var emot dödshjälp var beredda att öka administrationen av

smärtstillande tills patienten var tillfredsställd. En majoritet av sjuksköterskorna i undersökningen berättade att de hade förtroende för palliativ vård och att de kunde göra patientens sista dagar mer uthärdliga. Ett antal sjuksköterskor i studien menade att deras erfarenhet var att det var smärta och lidande som gjorde att patienten ville avsluta sitt liv. Dessa sjuksköterskor argumenterade för att om smärtan och lidandet lindrades ville patienten fortsätta leva. Ett annat motargument till eutanasi som nämndes i studien var religion och moraliska principer. Verpoort m.fl. (2004) skriver vidare att det ska bli intressant att se om de nederländska och belgiska sjuksköterskornas attityd förändras efter legaliseringen i respektive land.

Kuuppelomäki (2000) skriver att tidigare studier har visat att sjuksköterskor från flera länder har en negativ inställning till aktiv dödshjälp, men refererar till studier gjorda år 1988, år 1989, år 1993 samt år 1995 – det vill säga före legaliseringen i Nederländerna och Belgien. I Kuuppelomäkis egen studie intervjuades 13 sjuksköterskor, varav åtta (62%) var positiva till dödshjälp.

Verpoort, Gastmans & Dierckx de Casterlé (2004) undersökte belgiska sjuksköterskors attityd till läkarassisterad död, men även i denna studie gjordes datainsamlingen före legaliseringen. 12 sjuksköterskor intervjuades och författarna skriver att de flesta av informanterna inte motsatte sig eutanasi. Författarna till studien nämner att vidare forskning kring sjuksköterskornas åsikter, efter legaliseringen, är att rekommendera. Av de 12 informanter som intervjuades i studien var majoriteten katoliker, vilket av författarna själva anses vara en nackdel eftersom det finns risk att informanternas svar färgades av detta.

Gastmans m.fl. (2006) undersökte vilken roll sjuksköterskor har i de etiska riktlinjer kring eutanasi som tagits fram i Belgien. I diskussionsdelen i sin studie skriver de att vidare forskning kring vad sjuksköterskor tycker personligen om dödshjälp behövs.

McInerney och Seibold (1995) intervjuade tio sjuksköterskor för att identifiera hur dessa definierade eutanasi och vilka attityder de hade till det. Förutom att även denna studie gjordes innan legaliseringen i Nederländerna, så var majoriteten av informanterna katoliker även här, vilket författarna menar är en svaghet i studien. Även McInerney och Seibold (1995) skriver att ytterligare forskning på hur vårdpersonal personligen ställer sig till dödshjälp behövs.

Georges och Grypdonck (2002) skriver i sin litteraturstudie att sjuksköterskor verkar uppleva eutanasi som ett emotionellt problem snarare än ett moraliskt dito. Sjuksköterskans personliga åsikter kring eutanasi är därför en viktig aspekt för hur denne hanterar och ser på eutanasi-fall.

## **PROBLEMBESKRIVNING OCH SYFTE**

Läkarassisterad död har utförts i Nederländerna i över 30 år och diskussioner förs än idag i landet om den etiska riktigheten kring denna process. De första riktlinjerna skapades i mitten av 1970-talet, men inte förrän år 2001 konkretiserades dessa till lagtext. I år (2007) är det fem år sedan denna legalisering trädde i kraft och detta arbete finner intresse i att belysa de nederländska sjuksköterskornas personliga åsikter om läkarassisterad död. I kapitlet presenteras problemområdets fulla komplexitet, en precisering av problemet, studiens syfte, arbetets avgränsning av problemområdet samt förväntat resultat.

### **Problemområde**

Området som ska belysas i arbetet är åsikter gentemot läkarassisterad död. Ämnet diskuteras i allt större utsträckning internationellt, och i Sverige upprättas riktlinjer hur läkare ska agera då patienter inte längre vill behandlas på bästa medicinska sätt (Dagens nyheter, 2007). Vårdgivare konfronteras i allt större utsträckning med beslut som har en direkt eller indirekt betydelse för palliativa patienters livslängd. Problemet som detta arbete vill belysa är att läkarens roll fokuseras i den allmänna och etiska diskussionen kring dessa beslut, i forskningen, i riktlinjer och i lagstiftning. Övriga vårdgivares arbetsuppgifter antas vara mindre viktiga. Bilsen m.fl. (2004) menar att detta antagande kan ifrågasättas, särskilt med tanke på att sjuksköterskan vårdar patienten dagligen, ofta i en nära relation till den sjuke och hans eller hennes närstående i livets slutskede.

Det är läkaren som tar det slutgiltiga beslutet om assisterad död och det är inte alltid sjuksköterskan ges möjlighet att uttrycka sin åsikt i ärendet. Många läkare har dessutom visat sig vara inkompetenta med den medicinsktekniska utrustning som används i samband med assisterad död (Gastmans m.fl., 2006). Sjuksköterskorna antar ofta de förberedande uppgifterna och är i allra högsta grad inblandade i de fall då läkarassisterad död genomförs. Det finns anledning att tro att de sjuksköterskor som motsätter sig läkarassisterad död faller in i ledet och ser sig själva underställda läkaren och dennes beslut. Sjuksköterskans attityd till och åsikter om dödshjälp är därför viktiga aspekter för att patienten ska känna sig trygg i livets slutskede och döendefas. (Gastmans m.fl., 2006).

### **Syfte**

Syftet med studien är att belysa nederländska sjuksköterskors personliga åsikter om dödshjälp.

### **Problemformulering**

För att besvara ovanstående syfte måste ett antal problem formuleras:

- Hur ställer sig nederländska sjuksköterskor personligen till eutanasi respektive assisterat självmord, passiv dödshjälp samt behandling med dubbel effekt?
- Finns det specifika fall där de nederländska sjuksköterskorna personligen anser att läkarassisterad död kan tolereras i större utsträckning än andra?

- Hur ställer sig nederländska sjuksköterskor personligen till de befintliga riktlinjer som reglerar proceduren kring läkarassisterad död?
- Anser de nederländska sjuksköterskorna att den nuvarande juridiska situationen kring läkarassisterad död i Nederländerna är bra eller finns det behov av en lagändring?
- Är sjuksköterskans religiösa tro, ålder och utbildning avgörande för hur denne ställer sig personligen till läkarassisterad död?

Ovanstående problem tar upp de viktigaste aspekterna för att kunna besvara syftet.

## **Avgränsningar**

Arbetet vill inte ge en bild över hur många sjuksköterskor som är för respektive emot läkarassisterad död, utan syftar till att undersöka vilka åsikter de nederländska sjuksköterskorna lägger vikt på i frågan. Arbetet är inte heller intresserat av vilken kodex som existerar för sjuksköterskorna i fall med assisterad död eller vilken inställning lärosäten har till dödshjälp. För att begränsa och göra studien mer hanterbar utgår arbetet från följande:

- Sjuksköterskor i Nederländerna, där läkarassisterad död är legaliserad och där tabun kring ämnet anses liten eller obefintlig.
- Informanterna fick själva fick avgöra huruvida de ville återkoppla sina svar till egna erfarenheter.

## **Förväntat resultat**

Resultatet kommer att visa nederländska sjuksköterskors personliga åsikter gentemot dödshjälp samt en inblick i om informanterna har en bra uppfattning om innebörden av de olika begreppen. Resultatet kommer också visa nederländska sjuksköterskors åsikt angående en eventuell lagändring, det vill säga en illegalisering av eutanasi, samt åsikter om de olika riktlinjer som finns kring förfarandet i Nederländerna.

Förhoppningen är att studien kommer att tillföra kunskap angående sjuksköterskors åsikter gentemot eutanasi som ett bidrag till den fortsatta debatten om ämnet i Sverige.

## **METOD**

Studien är gjord med kvalitativ ansats och sker i form av att informanterna får ett frågeformulär med tre öppna frågor som ska besvaras skriftligt enligt informantens personliga åsikter. Olsson och Sörensen (2007) skriver att den kvalitativa forskningen bygger på förutsättningen att vi genom språket kan ta del av varandras inre världar. Detta innebär att inifrånperspektivet är en förutsättning för forskningsprocessen. Detta innebär att forskaren själv deltar i insamlingen av data, i detta fall genom personlig kontakt och information om frågeformuläret.

Frågorna i formuläret utformades så att svaren skulle bli så uttömmande och personliga som möjligt. McInerney och Seibold (1995) skriver att kvantitativa enkäter inte är bra för studier med syfte att belysa åsikter om eutanasi. Dels fångar inte en enkät in den



komplexa situation som sjuksköterskan befinner sig i och dels är det svårt att svara ja eller nej på frågor rörande eutanasi (McInerney & Seibold, 1995).

Författarna baserar sitt val av kvalitativt frågeformulär på att Arran MacIntyre skriver (i Olsson & Sörensen, 2007) att människan huvudsakligen är en berättande varelse. Utöver detta var det den praktisk mest genomförbara metoden då författarna anser att det är viktigt att informanterna fick svara på sitt modersmål. Nackdelen med denna metod är att svaren översätts i två steg, från nederländska till engelska och från engelska till svenska. Det finns en risk att viss text översatts felaktigt, men översättarens och författarnas noggrannhet bör utesluta språkliga misstag som skulle kunna leda till en missförståelse av informantens svar. Som en kvalitetskontroll skickades stickprov i form av utvalda svar på nederländska tillsammans med den engelska översättningen till två av varandra oberoende sjuksköterskestudenter som intygade att översättningen var bra.

Kontakt med informanter upprättades tidigt och dessa informerades om studiens mål och syfte, dels via e-post och dels via fysiska möten. Frågeformuläret utformades i samarbete med nederländska sjuksköterskestudenter, handledaren på högskolan i Skövde samt lärare på universitetet i Windesheim. Utöver detta skickades utkast på formuläret till personer med god sakkunskap inom eutanasiområdet<sup>6</sup>, vilka gav kommentarer och återkoppling.

En pilotstudie gjordes på två svenska sjuksköterskor för att pröva undersökningsmetoden. Den tredje frågan i formuläret skrevs om och anpassades efter svensk lagstiftning. Istället för ställningstagandet vid en illegalisering skulle informanterna motivera sina åsikter kring en legalisering i Sverige. Pilotstudien slog väl ut och frågorna tolkades och besvarades som det var tänkt. En av informanterna i pilotstudien var starkt för dödshjälp och den andre informanten var starkt emot, vilket författarna anser vara bra eftersom det tydliggörs hur de båda motparterna tolkar och besvarar frågorna på olika sätt. Pilotstudien kunde inte göras i Nederländerna eftersom frågeformuläret vid tillfället var skrivet på svenska och ingen översättning fanns till hands.

## **Sjuksköterskor som informanter**

I denna studie används sjuksköterskor som informanter. Studiens syfte innebär dock att de i största möjliga mån ska frångå sin profession och leverera sin personliga åsikt som medmänniskor. Författarna stöder valet av informanter på att sjuksköterskor, enligt Verpoort, Gastmans & Dierckx de Casterlé (2004), är inblandade i vården av döende människor samt kontakten med deras familjer under längre tid och mer intensivt än någon annan yrkesgrupp. Studier som belyser sjuksköterskors personliga syn på eutanasi ger enligt Verpoort, Gastmans & Dierckx de Casterlé (2004) en värdefull inflikning i eutanasidebatten och kan fungera som stöd för sjuksköterskor som konfronteras med en förfrågan om dödshjälp.

## **Urval**

Tolv sjuksköterskor i Nederländerna valdes ut som informanter till studien. Sjuksköterskorna skulle ha arbetat i minst två år. Inga särskilda urvalskriterier gjordes för

---

<sup>6</sup> Bland de tillfrågade sakkunniga personerna återfinns bland andra PC Jersild (författare och läkare, hedersdoktor vid Uppsala universitets medicinska fakultet) samt Georg Klein (läkare, professor, författare).

att säkerställa att sjuksköterskorna hade olika ålder, olika religiös syn eller olika utbildningsnivåer inom sjuksköterskeyrket. Däremot skulle informanterna ange denna information i sitt skriftliga svar på frågorna eftersom Verpoort m.fl. (2004) visat att just dessa faktorer ofta är avgörande för vilka personliga åsikter sjuksköterskor har gentemot assisterad död.

Informanterna arbetade inom hemsjukvården, inom äldreomsorgen och på en onkologiavdelning. Avdelningsföreståndarna på de olika arbetsplatserna informerades om studiens mål och syfte, varpå dessa gav förslag på lämpliga informanter. Dessa tillfrågades och en kontroll gjordes på att de arbetat som sjuksköterskor i minst två år.

Sjuksköterskorna som användes i studien var mellan 24 och 58 år gamla, med en medelålder på drygt 39 år. Fem av dessa sjuksköterskor ansåg sig inte tillhöra någon religion, fyra var protestanter och tre var kalvinister. Tio informanter var någon form av specialistsjuksköterska och två informanter var allmänsjuksköterskor. För att vidhålla informanternas anonymitet frågades i formuläret aldrig efter informantens kön, vilket gör att fördelningen mellan könen inte kan redovisas.

## **Formulär**

Sjuksköterskorna fick varsitt formulär med tre frågor. Formuläret skrevs först på engelska och översattes sedan till nederländska för att garantera att informanterna förstod de frågor och den information som gavs i formuläret. Nederländare besitter överlag goda kunskaper i engelska, men för att inte utesluta de sjuksköterskor som hade svårare att uttrycka sig på ett annat språk än sitt modersmål uppmanades informanterna att skriva på nederländska. Informanterna skulle svara skriftligt på frågorna och motivera sina svar. I formuläret ombads informanterna att skriva minst två A4-sidor om informanten valde att skriva på datorn, och lite längre om denne valde att skriva för hand.

Formuläret översattes från engelska till nederländska av sjuksköterskestudenten Linda Boelee på universitetet i Windesheim. Översättaren besitter mycket goda engelskkunskaper och har i och med sin utbildning god insikt i fackspråket som användes. Samtliga informanters svar översattes från nederländska till engelska. Informanternas svar samlades in tillsammans med medgivandet till att ingå i studien. Översättaren fick bara tillgång till informanternas svar och det är bara författarna som har möjlighet att åter föra samman informantens medgivande med dennes svar. Medgivanden och tillhörande svar numrerades från ett till tolv, vilket var ett måste för att ha möjlighet att ta bort insamlad data om någon informant hade valt att avbryta sitt deltagande i studien.

Första frågan baserades på fem patientfall som beskrev olika hypotetiska situationer där läkarassisterad död kunde tänkas vara aktuellt. Patientfallen var uppdelade i vuxen patient med smärta, barn med smärta, icke-kommunikativ vuxen, icke-kommunikativt barn samt vuxen utan allvarlig sjukdom. Informanterna skulle ta ställning till om det, hypotetiskt, i något av de presenterade fallen ansågs skäligt att assistera patientens död. Sjuksköterskorna ombads motivera sitt svar och gärna referera till egna, tidigare erfarenheter om sådana fanns. Frågan ställdes för att kunna belysa de fall då sjuksköterskorna ansåg läkarassisterad död var mer eller mindre skäligt än andra. De etiska skillnaderna mellan att hjälpa ett barn respektive en äldre människa att dö samt dilemmat där patienten själv inte kan uttrycka sin önskan gjorde att patientfallen delades upp som nämns ovan.

Namn och ålder på samtliga patienter i frågeformuläret var fingerade. De patientfall som användes baserades på patientfall från en nederländsk studie gjord av Rietjens m.fl. (2005).

I fråga två presenterades definitioner på aktiv dödshjälp, passiv dödshjälp, assisterat självmord samt behandling med dubbel effekt. Informanterna skulle läsa igenom de olika definitionerna och leverera sin personliga åsikt om de olika metoderna. Även här gavs en uppmaning till motiverade svar samt återkoppling till egna erfarenheter, om sådana fanns. Definitionerna som användes baserades på Ersek (2004). Frågan ställdes dels för att utröna huruvida informanterna verkade känna till skillnaderna mellan de olika typerna av assisterad död, samt hur de ställde sig till dem.

I den tredje frågan skulle sjuksköterskorna motivera sina åsikter kring en hypotetisk illegalisering av eutanasi och assisterat självmord i Nederländerna. I den tredje frågan ingick även en delfråga där ett antal riktlinjer presenterades, baserade på Ersek (2004). Dessa riktlinjer rubricerades som förslag på kriterier för att säkerställa en säker och rättfärdig assisterad död. Informanterna skulle läsa igenom dem och avgöra om de visste om dessa riktlinjer följdes i Nederländerna och/eller om de ansåg att det presenterade förslaget eller de existerande riktlinjerna i landet behövde förbättras.

## **Analys av data**

Informanternas svar analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, vilket kan göras med olika abstraktionsnivåer. Antingen ser forskaren till det manifesta innehållet, det vill säga det som direkt uttrycks i texten – det är vanligast inom den kvantitativa grenen. Ett andra alternativ är att analysera det latenta innehållet, vilket innebär att forskaren gör en tolkning av texten (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim och Lundman (2004) menar vidare att det hur som helst alltid blir någon form av tolkning men att den är mer eller mindre djup.

Analysprocessen är baserad på Graneheim & Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys och ser ut som följer:

- Hela texten (analysenheten) läses igenom upprepade gånger för att forskaren ska få en känsla för helheten.
- Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningarna plockas ut. Omgivande text måste tas med så att sammanhanget kvarstår. Dessa meningar eller fraser kallas meningsbärande enheter.
- De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet.
- De kondenserade meningsenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet.
- Slutligen formuleras teman, där det latenta innehållet i intervjuerna framgår.

Kategoriindelningen är enligt Graneheim och Lundman (2005) ett kritiskt moment och det svåraste i hela processen. Kategorierna ska vara fullständiga och ömsesidigt uteslutande, vilket innebär att alla meningsbärande enheter ska kunna höra till en relevant kategori och att inga meningsbärande enheter ska kunna hamna i mer än en kategori.

(Graneheim & Lundman, 2004). Kategorierna görs i detta arbete tydligare genom att typiska meningsbärande enheter, i detta fall citat, väljs ut för att illustrera kategorierna. Kategorierna delades sedermera även in i underkategorier.

## **Etiska aspekter**

Studien har tagit hänsyn till gällande forskningsetiska riktlinjer, enligt *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning* (Medicinska forskningsrådet, 2000). Kvale (1997) nämner att tre etiska riktlinjer skall följas vid uppsatsskrivning; informerat samtycke, konfidentialitet och konsekvenser.

### **Informerat samtycke**

När frågeformuläret sändes till sjuksköterskorna skickades även två olika varianter av dokument med – en variant till avdelningsföreståndaren och en variant till varje informant. I dokumentet till avdelningsföreståndaren informerades om vilka som gjorde studien och vad syftet var. Informanten skulle signera sitt dokument för att på så sätt ge sitt medgivande till att delta i studien. Informanten informerades om att denne när som helst kunde avbryta deltagandet utan att behöva ange någon som helst förklaring. Naturligtvis var berörda dokument skrivna på nederländska.

### **Konfidentialitet**

I dokumentet till sjuksköterskorna informerades att all data kommer att vara konfidentiell, att inga patientdata kommer att användas och att man inte kommer att kunna spåra informanten. Ingen information om informanterna som kan kännas igen av andra publiceras i detta arbete.

### **Konsekvenser**

Möjliga konsekvenser för sjuksköterskorna som deltog i denna studie är att de känner att deras religion gör att de tycker det är påfrestande att skriva om sina åsikter om eutanasi. Potentiella fördelar med att delta i studien är att få möjlighet att tänka igenom vad deras åsikt är baserade på och hur de har kommit fram till sin åsikt. Författarna till denna studie anser att fördelarna överväger nackdelarna.

## RESULTAT

Resultatet redovisas nedan utefter de huvud- och underkategorier som gick att finna i analysen. Läsaren får först bekanta sig med informanterna (tabell 1) och sedan med kategorierna (tabell 2). Under huvudkategorierna redovisas en kort sammanfattning och i underkategorierna ges en närmare beskrivning samt relaterade citat. Kapitlet avslutas med en resultatsammanfattning.

*Tabell 1* Informanternas ålder, utbildningsnivå samt religionstillhörighet

<b>Informant</b>	<b>Födelseår</b>	<b>Utbildningsnivå</b>	<b>Religionstillhörighet</b>
I1	1949	Specialist	Ingen
I2	1969	Specialist	Protestant
I3	1955	Allmän	Kalvinist
I4	1951	Specialist	Protestant
I5	1971	Specialist	Protestant
I6	1958	Specialist	Ingen
I7	1978	Specialist	Kalvinist
I8	1971	Specialist	Protestant
I9	1973	Allmän	Ingen
I10	1975	Specialist	Ingen
I11	1978	Specialist	Kalvinist
I12	1983	Specialist	Ingen

*Tabell 2* Redovisning av huvud- och underkategorier

<b>Huvudkategori</b>	<b>Underkategori</b>
Mötet	Samtal Anhöriga
Inre konflikter	Religion Deltagande
Influenser	Smärtlindring Testamente Lagar och kriterier

### Mötet

Sjuksköterskorna uppfattade mötet i vårdrelationen som en viktig faktor i omvårdnaden. Dessa möten består i att diskutera en förfrågan om eutanasi med patienten samt att ha en bra kontakt med anhöriga. Diskussion med en patient som efterfrågat dödshjälp nämndes som ett viktigt sätt att erhålla information om denne. Anhöriga finns oftast med i den palliativa vården och dessa är viktiga informationskällor för vårdpersonalen. Sjuksköterskorna lade också vikt vid att anhöriga skall ha rätt information och god vägledning.

## Samtal

Betydelsen av att sitta ner och samtala med en patient som uttryckt önskemål om dödshjälp är tydligt framträdande. Sjuksköterskorna är måna om att inget förhastat beslut tas i frågan om eutanasi och de vill ge patienten en möjlighet att uttrycka sina innersta känslor. Sjuksköterskorna ville samtala för att få mer information och utifrån det kunna få en bättre överblick av patienten. Sjuksköterskorna kan inte stödja patientens val om inte situationen diskuterats och de underliggande faktorerna till den uttalade förfrågan har varit möjliga att finna.

*”/.../ och att man diskuterar med patienten om vad denne värdesätter i livets slutskede. Det kan vara att ha vänner närvarande eller att få bo på hospice där man erbjuds mycket uppmärksamhet, kärlek och god omvårdnad”. (I3)*

*”Jag skulle vilja diskutera situationen mer med patienten. När bestämde hon sig? Har det blivit nedskrivet? Har hon diskuterat med en läkare? Är det verkligen vad hon vill? Det kan finnas olika underliggande orsaker. Jag kan inte stödja patientens val bara sådär. För mig finns det olika lösningar på hur hon kan få det bättre.” (I4)*

## Anhöriga

Ett antal sjuksköterskor i studien betonade vikten av att både patienten och sjuksköterskan hade en bra kontakt med anhöriga. Det var viktigt att informera om situationen och låta de anhöriga vara nära patienten då denne har uttalat en förfrågan om dödshjälp. Sjuksköterskorna föreslog också volontärer och frivillighetsorganisationer som stöd för patient och anhöriga. Anhöriga som är nära en patient som befinner sig i livets slutskede är bra. Patienten känner då en trygghet och närhet som potentiellt skjuter upp en förfrågan om dödshjälp, vilket är något sjuksköterskorna önskar. De anser att volontär- och frivillighetsorganisationer är viktiga för att råda bot på depression och ensamhet. Sjuksköterskorna menar att en förfrågan om eutanasi aldrig får fullbordas om tecken på depression eller ensamhet finns.

*”Du låter patienten dö en värdig död (med så lite smärta som möjligt), omgiven av sina anhöriga. Detta kan göras hemma, men även på hospice.” (I3)*

*”Jag tror att patienten lider av depression. En depression kan behandlas mycket väl. Man skulle kunna göra något åt ensamheten, volontärer kan bidra med mycket hjälp. Hjälp från en organisation för blinda eller döva kan kontaktas. /.../ Jag anser att andra åtgärder bör sättas in före dödshjälp.” (I1)*

*”Det är nödvändigt att stödja anhöriga i den här situationen. För anhöriga är det oftast svårt att acceptera att ingenting kan göras. De ska informeras mycket noga.” (I4)*

## Inre konflikter

Med inre konflikter avses moraliska eller religiösa motsättningar till dödshjälp som står i kontrast med att informanterna faktiskt var positiva till utförandet av processen.

Sjuksköterskorna framhåller att de är av den åsikten att läkarassisterad död skall vara legal, men vissa skriver att de enbart skulle delta då det gällde en nära anhörig. Vissa sjuksköterskor med stark religiös tro, företrädesvis protestantisk, skrev att detta innebar att deras personliga åsikt var att de aldrig skulle delta då dödshjälp utfördes.

## **Deltagande**

En majoritet av sjuksköterskorna var positivt inställda till läkarassisterad död, men hade svårt att föreställa sig själva delta i processen. Vissa av dessa skrev att de skulle kunna tänka sig att assistera vid dödshjälp om det gällde någon nära anhörig.

*”Jag skulle inte delta i aktiv eutanasi /.../ I nuläget spelar det ingen roll om det är legalt eller illegalt, jag skulle inte delta.”(I4)*

*”Jag har bestämt mig för aldrig delta aktivt vid assistering av dödshjälp eller utförandet av dödshjälp. /.../ Jag vill inte att dödshjälp ska bli illegalt.”(I2)*

*”Jag skulle inte göra det såvida jag inte hade ett personligt förhållande till patienten och jag var säker till 100% att det skulle vara smärtfritt och att riktlinjerna följdes som vanligt.”(I6)*

*”Jag skulle bara kunna tänka mig detta om det är någon väldigt nära anhörig till mig, en partner eller släkting. I annat fall skulle jag inte göra det.” (I1)*

En majoritet av sjuksköterskorna var negativt inställda till ofrivillig och omedveten eutanasi. Vissa sjuksköterskor skrev att de jämförde dessa metoder med mord eller dödsstraff. Den främsta anledningen till detta är att vid dessa eutanasi metoder kan patienten själv inte uttrycka vad denne har för åsikt.

*”Jag visste bara om att frivillig eutanasi utfördes och det är den enda metoden jag kan respektera. Alla andra typer är för mig dödsstraff och det tycker jag inte om. Frivillig eutanasi utförs i samarbete med patienten eller när patienten har skrivit ett testamente.” (I2)*

*”Ofrivillig och omedveten eutanasi är löjligt! Att andra personer bestämmer om någons liv ska avslutas låter som mord och det är olagligt.” (I12)*

## **Religion**

Vissa informanter skrev att religionen formade deras personliga åsikt om dödshjälp. Dessa sjuksköterskor ansåg att de inte kunde assistera vid dödshjälp. Deras tro innebar att man som människa inte har rätt att bestämma när en annan människas liv ska avslutas.

*”När jag ska forma min åsikt är min religion viktig. Jag har bestämt mig för att jag aldrig ska assistera med dödshjälp. /.../ Jag vill inte att eutanasi ska bli olagligt.” (I2)*

*”Assisterat självmord är något jag aldrig skulle delta i. Min tro gör det omöjligt. Det är inte upp till oss när en person ska dö.” (I4)*

## **Influenser**

Med influenser avses faktorer som i hög grad påverkar sjuksköterskornas personliga åsikt till dödshjälp. Författarna har kunnat finna tre sådana faktorer; smärtlindring, testamente samt lagar och riktlinjer. Sjuksköterskorna är måna om att en patient som uttryckt en önskan om dödshjälp ska vara erbjuden bästa tillgängliga smärtbehandling innan de kan forma en egen åsikt. Finns ett testamente som uttrycker en icke kommunikativ patients önskemål i fråga om dödshjälp, är detta likvärdigt med en uttalad önskan. Skulle det däremot inte finnas något testamente, uttrycker sjuksköterskorna en kraftig skepticism mot att eutanasi skulle utföras på en icke kommunikativ patient. Majoriteten av sjuksköterskorna är negativa till en illegalisering av eutanasi och menar att kriterierna som skall följas i Nederländerna är bra, tydliga och noggranna. Sjuksköterskorna anser att det är patientens rätt att ha möjlighet att bestämma över sin egen död, då ingen annan lösning finns tillgänglig.

## **Smärtlindring**

Betydelsen av rätt smärtlindring för palliativa patienter som önskar dödshjälp anses mycket stor. En majoritet av sjuksköterskorna vill pröva en annan, bättre form av smärtlindring innan de kunde bilda sig en egen åsikt om eutanasi är rätt eller inte i det specifika fallet. Så gott som alla sjuksköterskor tar upp adekvat smärtlindring som den viktigaste åtgärden för en patient som vill ha dödshjälp.

*”Jag skulle göra allt för att patienten skulle få rätt smärtlindring.” (I3)*

*”Mer måste göras för att upptäcka vilka läkemedel som kan bidra till förbättrad smärtlindring, det skulle jag lägga kraft på.” (I8)*

*”Jag skulle göra allt för att barnet inte skulle lida. Enligt mig är det möjligt genom rätt smärtlindring och omvårdnad.” (I11)*

## **Testamente**

I frågeformuläret nämndes i ett patientfall ett testamente där patienten uttryckt sina önskemål rörande eutanasi. Sjuksköterskorna var överlag positiva till detta och var i stort sett överens om att när ett testamente (som berör dödshjälp) finns att tillgå, ska patientens önskan om dödshjälp respekteras – även i de fall där informanten personligen var emot eutanasi.

*”I detta patientfall finns ett testamente, och i det har patienten gjort klart för sina önskemål. Aktiv dödshjälp är ett alternativ här – maken accepterar det och det är väldigt viktigt för mig.” (I2)*

*”Patienten har legat i koma i två veckor, man skulle kunna vänta tills han dog en naturlig död. I det här fallet känner jag dock att man ska respektera patientens*



*testamente och hans frus önskan. Jag skulle diskutera det med inblandade läkare och anhöriga, men jag skulle aldrig delta aktivt på grund av min tro.” (I3)*

*”Bra att det fanns ett testamente. Jag skulle visa att jag förstod och respekterade.”(I10)*

Vissa sjuksköterskor hade dock åsikter som skiljde sig från övrigas. En informant skrev till exempel att då patienten ligger i koma innebär detta att eutanasi inte är tillåtet, enligt befintliga riktlinjer. Majoriteten var dock överens om att ett godkänt testamente är liktydigt med en uttalad önskan. Informant fyra skriver att en patient i koma inte känner smärta.

*”Med tanke på sjukdomsbilden väntas patienten att avlida naturligt, och med tanke på patientens koma är inte eutanasi tillåtet enligt riktlinjerna. Det är å andra sidan tillåtet att använda smärtlindring när det finns möjlighet.” (I6)*

*”Den största frågan i detta patientfall är om patienten lider av sin smärta. Det anser inte jag. Patienten ligger i koma och känner därför inte smärta. Jag stödjer inte eutanasi i det här fallet.” (I4)*

När det gäller patienter utan kommunikativ förmåga, men som saknar testamente, är det svårare för sjuksköterskorna att skapa sin åsikt. Många påpekar att i patientfallen i frågeformuläret nämns inte om patienten hade uttalat sig om eutanasi eller inte, före denne förlorade sin kommunikativa förmåga. Det är då omöjligt att veta vad patienten själv vill. Sjuksköterskorna menar att de inte vill assistera vid eutanasi eftersom patientens åsikt är okänd. Sjuksköterskorna ville inte ta ett beslut som eventuellt gick emot patientens önskan. Citaten nedan är från de patientfall där patienten saknar kommunikativ förmåga.

*”Även om det har varit diskussion om eutanasi tidigare är det ändå svårt att veta vad patienten vill. För mig verkar det som att föräldrarna lider mer än patienten själv och även om det är jobbigt för dem så är det inte ett kriterium för att eutanasi ska få utföras.”(I1)*

*”Det här patientfallet är svårt, det finns inget som visar vad patienten själv vill. Läkarna gav honom några månader, det blev ett år. Hur har denna tid varit för familjen? Vad ville patienten själv? Gav han inte upp hoppet? Vad förväntade han sig av sina föräldrar och läkarna? Eftersom det är föräldrarna som ber om eutanasi skulle jag inte delta. Jag vill ha svar på mina frågor och en förklaring, ligger problemet i att hans föräldrar är trötta på att sitta och vänta? Eller har patienten mycket smärta?” (I3)*

*”Det finns inget testamente eller något liknande../Man vet inte vad patienten vill.”(I7)*

## **Lagar och kriterier**

Sjuksköterskorna är överens om att det var rätt beslut att legalisera dödshjälp och ingen är av den åsikten att det bör illegaliseras. Dödshjälp ses av de flesta sjuksköterskor som en

lösning, även om det enbart är en sista utväg. Möjligheten att på begäran få avsluta sitt liv är något som majoriteten av sjuksköterskorna ser som självklar.

*”Jag hoppas att det aldrig blir illegalt. För vissa patienter är dödshjälp en lösning och den ska alltid finnas tillgänglig.” (I5)*

*”Jag hoppas det aldrig det blir illegalt, för en viss grupp patienter är detta en lösning som alltid ska vara tillgänglig.” (I8)*

*”Regeringen diskuterar att införa restriktioner mot eutanasi och jag är negativ till det. Jag tycker lagen bra och tydligt skriven.” (I1)*

Sjuksköterskornas personliga åsikter gör gällande att de kriterier som används då eutanasi aktualiseras var bra och tydligt skrivna. En majoritet av sjuksköterskorna anser att kriterierna följs i Nederländerna, men vissa uppvisar en viss osäkerhet.

*”Kriterierna är väldigt tydliga och lätta att förstå, både för vårdpersonal och för patient.” (I3)*

*”Jag är övertygad om att kriterierna används /.../ jag tycker att kriterierna är bra.” (I12)*

*”Jag hoppas dessa kriterier följs, jag är inte alls säker. Jag vet inte heller om det alltid rapporteras, men jag kan inte bevisa det.” (I4)*

## **Resultatsammanfattning**

Mötet i vårdrelationen mellan sjuksköterskan och patienten som har ställt en förfrågan om dödshjälp är mycket viktigt. Sjuksköterskan vill diskutera med patienten för att kunna bilda sin egen åsikt om det är aktuellt med dödshjälp. Till sin hjälp för att få ut så mycket information som möjligt använder sig sjuksköterskan av anhöriga. Dessa har en bättre helhetsbild av patientens situation och kan bidra med information som leder till att underliggande faktorer för dödshjälpsförfrågan upptäcks. Med hjälp av anhöriga kan förfrågan om dödshjälp skjutas upp, eller i bästa fall inte komma alls.

Sjuksköterskorna tenderar att ha vissa inre konflikter. Dessa tar sig form i att de, av varierande skäl, inte kan se sig själva delta i processen. Dessa skäl kan vara moraliska eller religiösa. Ett återkommande faktum är dock att dessa sjuksköterskor anser att möjligheten till läkarassisterad död bör finnas kvar. Många sjuksköterskor skriver att de endast skulle kunna tänka sig att delta i processen om det gällde en nära anhörig.

Faktorer, eller influenser, som i hög grad påverkar sjuksköterskornas personliga åsikt om en förfrågan om dödshjälp är smärtlindring, förekomst av testamente samt lagar och kriterier. All tillgänglig smärtlindring ska prövas för att minska patientens lidande innan sjuksköterskan kan forma en åsikt om dödshjälp är aktuellt eller inte. För icke kommunikativa patienter krävs ett skrivet testamente där önskemål om eutanasi uttrycks, annars är sjuksköterskorna av den åsikten att dödshjälp inte ska utföras. Lagar och

regleringar kring dödshjälp anses vara bra och sjuksköterskorna är emot en illegalisering av läkarassisterad död.

Sjuksköterskornas personliga åsikt om dödshjälp kan sammanfattas som att möjligheten bör finnas för patienten, men att det ska vara den sista utvägen då ingen annan lösning finnes.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Till studien eftersöktes den metod som var bäst lämpad för att finna vilka personliga åsikter nederländska sjuksköterskor har till dödshjälp. Språkbarriären utgjorde ett hinder då intervjuer på engelska inte ansågs lämpliga. Engelskkunskaperna bland nederländare sades vara god då författarna åkte ner, men efter fem veckors kliniska studier inom hemsjukvården tydliggjordes det att många har svårt att uttrycka sig på engelska. För att få fram bra svar skulle det ha krävts en nederländsk tolk, vilket det varken fanns tid eller ekonomiska resurser till.

Den lämpligaste metoden att använda var någon form av skriftligt formulär med öppna frågor. Sjuksköterskorna kan då sitta i lugn och ro och reflektera över sin personliga uppfattning om dödshjälp. Vid en intervju är andra människor närvarande och anonymitet kan aldrig uppnås, vilket skulle kunna leda till att informanten halkar in i ett tänk som baseras på vad denne ”ska” tycka som sjuksköterska. Studiens syfte är att belysa sjuksköterskors personliga åsikter om dödshjälp, vilket naturligtvis aldrig går att bevisa att studien faktiskt har lyckats med. Nationalencyklopedin (2007b) definierar ”åsikt” såsom ett (personligt grundat) sätt att betrakta och bedöma viss (typ av) fråga. Författarna anser att metodvalet på bästa möjliga sätt, utefter vilka resurser som fanns att tillgå, belyser sjuksköterskornas personliga åsikter. Informanterna tilläts vara anonyma och gavs möjlighet att finna tid för sig själva då de kunde reflektera över sina åsikter. Naturligtvis påverkas svaren av sjuksköterskornas förkunskap, men detta anser författarna vara en styrka i studien. Hade informanterna varit patienter skulle dessa antagligen ha tydligare personliga åsikter, men dessa har inte erfarenhet av fler situationer än sin egen. Informanterna gavs möjlighet att svara på sitt modersmål, vilket är bättre än att skriva på engelska då risk för att man tvingas söka alternativa begrepp för vad man egentligen vill skriva måste anses föreligga.

En svaghet med skrivna berättelser är att informationen till försökspersonen måste vara väl genomtänkt. All information måste naturligtvis vara väl genomtänkt, men här avses det faktum att när informationen väl är given och informanten skriver berättelsen, så finns mycket små möjligheter att komplettera informationen. Detta stöds av Dahlberg (1993), som menar att studier där informanten skriver är bra, då syftet är att fånga upp en fokuserad del av ett ämne – i det här fallet personliga åsikter till dödshjälp. En intervju kan orsaka att informanten associerar utanför de egna uppfattningarna, exempelvis att denne hellre talar om proceduren och sin yrkesroll vid dödshjälp.

Uppenbara svagheter i urvalet till studien består exempelvis i att inga krav ställdes på att fördelningen var jämn i fråga om informanternas religionstillhörighet, ålder och

utbildningsnivå. Dessutom borde ett större antal informanter ha använts för att kunna dra någon form av kvantitativ slutsats huruvida majoriteten av sjuksköterskorna i Nederländerna anser sig vara för eller emot eutanasi. Samtliga sjuksköterskor bor och arbetar inom ett avgränsat område i Nederländerna. Det finns en möjlighet att religiösa och kulturella skillnader gör att de personliga åsikterna hade skiljt sig i andra delar av Nederländerna.

Det finns en möjlighet att informanterna har läst Rietjens m.fl. (2005) studie, vilket då innebär att de läst liknande patientfall som användes i denna studie. Skulle så vara fallet finns en risk att svaren påverkats på något sätt.

Det ursprungliga syftet med studien var att jämföra svenska och nederländska sjuksköterskors uppfattning och personliga åsikter om dödshjälp. Författarna tog kontakt med Gunnar Carlgren, som är verksamhetschef på Hemsjukvårdens hus i Linköping. Inom denna verksamhet återfinns Linköpings Avancerade Hemsjukvård (LAH). LAH har som mål att ge högsta möjliga livskvalitet för både patient och närstående i ett skede av sjukdomen där förväntningarna inte längre är att bota, och när målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Sjuksköterskor inom LAH ansågs vara de mest lämpade svenska informanterna för studien då deras verksamhet riktar sig till patienter som inte längre erbjuds livsförlängande behandling. Gunnar Carlgren var positiv till denna form av studie och vidarebefordrade e-posten till en läkare, Marit Karlsson, som även arbetar som forskare. Marit skulle kontakta författarna, men trots upprepade påtryckningar gavs inget tydligt svar från LAH. I mitten av mars fick författarna till slut e-post från Anders Österberg, som är chef för sjukhusmedicin i Motala med följande innehåll:

*Vi har diskuterat Din fråga, men tackar nej med motiveringen att vi inte anser det etiskt korrekt att tillfråga sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård att försöka uttala sig om en åtgärd som i Sverige är förbjuden.*

Vid det här laget hade författarna räknat med att LAH var beredda att hjälpa till i arbetet med att finna informanter, men efter detta valde författarna att utesluta svenska sjuksköterskor och enbart inrikta studien på nederländska sjuksköterskor.

Utöver LAH kontaktades verksamhetschefer på onkologiavdelningarna på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg samt på Linköpings universitetssjukhus, men samtliga avböjde att vara med i studien av etiska eller moraliska skäl.

## **Resultatdiskussion**

Mötet är en väsentlig del av vårdrelationen med patienten och dennes anhöriga. I de fall där patienten uttryckt en förfrågan om dödshjälp ter sig mötet än viktigare. Det är av yttersta vikt att föra en dialog med patienten och dennes anhöriga i denna situation. Skulle familjesituationen vara dålig eller om inga anhöriga finns närvarande lägger sjuksköterskorna fokus på att faktorer såsom depression eller ensamhet måste undanröjas. Det är tydligt att sjuksköterskorna vill få patienten att finna sådan livsglädje att den sista tiden i livet ska upplevas som något positivt. Författarnas bestämda åsikt är att sjuksköterskorna personligen anser att dödshjälp är den absolut sista utvägen för en god död. Kan sjuksköterskorna (tillsammans med patientens anhöriga) själva inte bidra med det sociala stöd som krävs, ser de till att volontär- och frivilligorganisationer kopplas in i fallet. Sjuksköterskorna är av den personliga åsikten att underliggande faktorer till en

förfrågan om dödshjälp ska utredas och målet är att skjuta upp denna fråga, eller i bästa fall se till att den aldrig kommer.

Inre konflikter är ett fenomen som bör uppmärksammas. Många sjuksköterskor skriver att de av olika anledningar inte kan tänka sig i delta processen, ofta av moraliska eller religiösa skäl. Det måste anses motsägelsefullt att samma sjuksköterskor menar att de enbart skulle delta om det gällde en nära anhörig till dem samt att de inte vill att möjligheten att själv välja när man ska dö tas bort. Verpoort m.fl. (2004) upptäckte samma fenomen i sin litteraturstudie och skriver att vissa sjuksköterskor inte kan acceptera eutanasi personligen, men dessa anser samtidigt att människor ska ha möjlighet att ta sitt eget beslut i frågan.

Sjuksköterskor med en uttalad trosuppfattning poängterade att det inte är rätt att en människa ska avgöra när en annan människa ska dö. Samma sjuksköterskor skriver alltså att möjligheten till dödshjälp ska bestå, vilket tyder på en inre konflikt. Dessa sjuksköterskor kompromissar kanske med sig själva. Genom att själv aldrig delta i processen har sjuksköterskan gjort vad han eller hon kunnat för att inte känna sig illa till mods. Verpoort m.fl. (2004) skriver att många sjuksköterskor som är emot eutanasi av skäl som relateras till dennes samvete, inte är emot det lagliga utförandet av dödshjälp men skulle aldrig själva vara med och assistera.

Diskussion vårdpersonal emellan är en viktig faktor för att dessa ska kunna gå vidare med sina liv och i sin yrkesroll, något som även stöds av De Bal m.fl. (2006).

Sjuksköterskorna poängterar vikten av att adekvat smärtlindring ska erbjudas till patienter i palliativ vård. Detta är en faktor som även den kan skjuta upp en förfrågan om dödshjälp, eller i bästa fall göra att förfrågan aldrig kommer. Detta gäller både de patienter som har gjort en uttalad önskan om dödshjälp samt de icke kommunikativa patienter som har ett skrivet testamente med önskemål om eutanasi. Sjuksköterskorna kan inte forma sin personliga åsikt om dödshjälp förrän de anser att all tillgänglig smärtlindring först provats. Först när sjuksköterskan uppfattat patientens situation som ohållbar kan de personligen stödja dennes förfrågan om dödshjälp.

För icke kommunikativa patienter är vikten av ett skrivet testamente stor. Finns inget testamente kan sjuksköterskorna inte stödja anhörigas eller läkares förslag om att dödshjälp utförs. För att underlätta dessa situationer finns anledning att tro att det finns en fördel i att informera patienter, som håller på att försämrats kraftigt, om möjligheten att skriva ett testamente som berör behandling i livets slutskede. Detta stöds av Rurup, Onwuteaka-Philipsen, van der Heide, van der Wal och Deeg (2006) som skriver att patienter som tillfrågats om önskemål vid behandling i livets slutskede ofta ser fördelen att uttrycka dessa i ett testamente.

Sjuksköterskorna är av den åsikten att rådande lagstiftning och riktlinjer kring dödshjälp är bra. Det finns forskare som kritiserar riktlinjerna, men då sjuksköterskorna inte mer än i något enstaka fall uttrycker skepticism till dem så kan antagandet göras att de faktiskt fungerar som de ska.

Studiens syfte var att belysa nederländska sjuksköterskors åsikter om dödshjälp, vilket är svårt att påvisa att så faktiskt har skett. Samtliga sjuksköterskor skriver i patientfallen att adekvat smärtstillning är det viktigaste. Frågan var formulerad som att informanterna skulle avgöra om de personligen ansåg att dödshjälp var aktuell i det givna fallet, vilket

indirekt innebär att det inte var någon sjuksköterska som faktiskt svarade på frågan. Faktumet att samtliga sjuksköterskor (även sjuksköterskorna i den svenska pilotstudien) ändå drar parallellen till att först avhjälpa underliggande faktorer (såsom smärta), kan bara betyda att sjuksköterskorna är måna om att ett beslut om dödshjälp tas på rätt grunder. Detta stöds av Verpoort m.fl. (2004) som skriver att sjuksköterskorna sade att smärta och annat lidande är huvudorsakerna till att patienterna vill få hjälp att avsluta sina liv. Sjuksköterskorna menade att om dessa symtom kunde behandlas och tas under kontroll, skulle de flesta patienterna ha kvar sin vilja att leva. Anledningen till att sjuksköterskorna fokuserar på smärtlindring kan dock vara grundat i något av två antaganden; antingen för att sjuksköterskorna inte ska må dåligt personligen över att en patients liv avslutas på fel grunder, eller också för att yrkeskodex "tvingar" sjuksköterskorna att tänka på detta sätt.

Resultatet i studien kan inte generaliseras då antalet informanter var begränsat, samtidigt som alla informanter bor och arbetar i samma region i Nederländerna. Däremot ger resultatet en inblick i vilka åsikter sjuksköterskor har gentemot dödshjälp och redovisade mönster har trätt fram tydligt.

### **Vad studien kan bidra med**

Denna studie kan bidra till att utveckla den svenska diskussionen om dödshjälp, trots att resultatet inte går att generalisera. Resultatet visar vilka åsikter som nederländska sjuksköterskor har gentemot dödshjälp. Dessa skulle kunna bidra till att man vid en utredning inser vikten av att ta in intryck från de människor som är inblandade i processen, på de platser i världen där det är legalt.

### **Den politiska diskussionen i Sverige**

Palliativ vård är ett relativt ungt ämnesområde – den moderna hospicevården har sitt ursprung i öppnandet av S:t Christopher's Hospice, nära London i Storbritannien, år 1967 (Georges & Grypdonck, 2002). Westrin och Nilstun (2005) skriver att i samband med en offentlig utredning i Sverige på 1970-talet om palliativ vård togs frågan om fenomenet "hjärndöd" upp. Svenska läkare var bland de första i världen att klarlägga den kliniska innebörden i begreppet hjärndöd, och därmed förutsättningarna för hjärnrelaterade dödsriterier. Utredningen ledde till att döden tilldelades två diagnoser, "Vanligt död" (det vill säga när hjärtat slutat slå) respektive "Jämställd med död" (det vill säga "hjärndöd"). Denna "kompromiss" fick omedelbar kritik som begreppsmässigt och etiskt motsägelsefullt. Först när en jurist blev sjukvårdsminister resulterade kritiken i att en särskild utredning kunde lägga fram internationellt hållbara riktlinjer för ett hjärnrelaterat dödsbegrepp. Detta skedde år 1987, vilket bland annat är 16 år senare än Finland upprättade liknande kriterier. Westrin och Nilstun (2005) skriver vidare att liknande tendenser till politisk bortträngning återkom i mitten av 2000-talet, då regeringen tillsatte en ny utredning om vård i livets slutskede. Ett av de ursprungliga motiven var att möjligheter till dödshjälp legaliserats i Nederländerna och Belgien och att upprepade opinionsundersökningar visat tecken på sympatier för en liknande utveckling i Sverige. I de slutgiltiga direktiven ålades utredningen emellertid att undvika frågor om eutanasi och läkarassisterat självmord. (Westrin & Nilstun, 2005).

För att utveckla diskussionen i Sverige krävs att politiker, läkare och annan vårdpersonal samt allmänheten förbiser den tabu som existerar i landet. Regeringen bör tillsätta större utredningar som faktiskt vågar ta tag i diskussionen om dödshjälp. Författarna anser att det är ohållbart att undvika ämnet, det krävs att Sverige tydliggör sin lagstiftning för eller emot läkarassisterad död. Denna studie visar tydligt att nederländska sjuksköterskor har utvecklat en uppfattning om dödshjälp. Detta gör deras åsikter till viktiga källor inför ett beslut om legalisering i Sverige. Det finns många utarbetade argument för respektive emot dödshjälp och det är hög tid att regeringen undersöker huruvida dessa argument är verklighetsförankrade eller inte. SMER var i Nederländerna i november 2006, men har inte någon gemensam ståndpunkt vad gäller eutanasi eller läkarassisterat självmord och något yttrande från rådet är inte aktuellt (Claes Hammarlund, personlig kommunikation, 28 februari, 2007). Rådet har dock för avsikt att fortsätta att studera frågor och regler kring livets slut.

### **Framtida studier**

Denna studie visar bara vad sjuksköterskor inom ett begränsat område i Nederländerna anser om dödshjälp. Större studier som belyser nederländska sjuksköterskors åsikter baserat på erfarenheter skulle ge en tydligare bild av deras uppfattningar om dödshjälp. En jämförelsestudie mellan vad nederländska och svenska sjuksköterskor personligen anser om dödshjälp skulle påvisa eventuella kulturella skillnader länderna emellan. Skulle det bli aktuellt med utredningar om huruvida Sverige ska legalisera eutanasi eller inte, bör det finnas studier som belyser svenska sjuksköterskors åsikter i ämnet.

## **KONKLUSION**

Sjuksköterskors åsikter bör vara av stor vikt vid debatter om dödshjälp eftersom sjuksköterskan vårdar patienten dagligen, ofta i en nära relation till den sjuke och dennes närstående i livets slutskede. Tabun kring ämnet bör tas bort för att debatten ska kunna utvecklas, ett initiativ som bör tas av regeringen genom en större utredning i ämnet.

Nederländska sjuksköterskor anser att kvaliteten på den palliativa vården ofta avgör om och när patientens förfrågan om dödshjälp kommer. Adekvat smärtlindring skjuter upp förfrågan, och i bästa fall kommer den inte alls. Den palliativa vården ska hålla bästa möjliga kvalitet då detta anses vara en bidragande faktor till att förfrågningar om dödshjälp aldrig ställs.

Kontinuerlig dialog och diskussion mellan sjuksköterskan och patienten samt dess anhöriga tydliggör annars underliggande faktorer för att en förfrågan om dödshjälp ska ställas. Dessa faktorer anser sjuksköterskorna vara bland annat ensamhet och depression.

## REFERENSER

- Bilsen, J.J.R., Vander Stichele, R.H., Mortier, F. & Deliens, L. (2004). Involvement of nurses in physician-assisted dying. *Journal of Advance Nursing*, 47(6), 583-91.
- Cohen-Almagor, R. & Phil, D. (2001). "Culture of Death" in the Netherlands: Dutch Perspectives. *Issues in Law & Medicine*, 17(2), 167-79.
- Cuttini, M., Casotto, V., Kaminski, M., de Beaufort, I., Berbik, I., Hansen, G., Kollée, L., Kucinskias, A., Lenoir, S., Levin, A., Orzalesi, M., Persson, J., Rebagliato, M., Reid, M. & Saracci, R. (2004). Should euthanasia be legal? An international survey of neonatal intensive care units staff. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 89(1), 19-24.
- Dagens nyheter. (2007). *Patienter som vill dö ska få slippa vård*. Hämtad från WWW 2007-04-05: <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=147&a=636142>.
- Dahlberg, K. (1993). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- De Bal, N., Dierckx de Casterlé, B & De Beer, B. (2006). Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 589-99.
- Ersek, M. (2004). The continuing challenge of assisted death. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 6(1), 46-61.
- Gastmans, C., Lemiengre, J., & Dierckx de Casterlé, B. (2006). Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of Advance Nursing*, 54(1), 53-61.
- Georges, J.J. & Grypdonck, M. (2002). Moral Problems Experienced by Nurses when Caring for Terminally Ill People: a literature review. *Nursing Ethics*, 9(2), 155-78.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-12.
- Griffiths, J., Bood, A. & Weyers, H. (1998). *Euthanasia & Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Hammarlund, C. (2007). *Utredningssekreterare, Statens medicinsk-etiska råd (SMER)*. Personlig kommunikation 2007-02-28.
- Jansen-van der Weide, M.C., Onwuteaka-Philipsen, B.D. & van der Wal, G. (2007). Quality of consultation and the project 'Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands' (SCEN). *Health Policy*, 80(1), 97-106.



- Kuuppelomäki, M. (2000). Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care*, 9(1), 16-21.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Materstvedt, L.J. & Kaasa, S. (2002). Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia — with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliative Medicine* 16(1), 17-33.
- McInerney, F. & Seibold, C. (1995). Nurses' definitions of and attitudes towards euthanasia. *Journal of Advance Nursing*, 22(1), 171-82.
- Medicinska forskningsrådet. (2000). MFR-rapport 2. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning* (rev. uppl.)
- Muller, M.T., Pijnenborg, L., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Wal, G. & van Eijk, J.Th.M. (1997). The role of the nurse in active euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Advance Nursing*, 26(2), 424-30.
- Nationalencyklopedin. (2007a). *Nationalencyklopedins ordbok*. Hämtad från WWW 2007-05-06: [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=O113970](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O113970)
- Nationalencyklopedin. (2007b). *Nationalencyklopedins ordbok*. Hämtad från WWW 2007-05-07: [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=O400232](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O400232)
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB
- Regionale toetsingscommissies euthanasie. (2007). *Regional Euthanasia Review Committees*. Hämtad från WWW 2007-03-28: <http://www.toetsingscommissieseuthanasie.nl/en/>
- Regional Euthanasia Review Committees. (2006). *Regional Euthanasia Review Committees Annual Report 2005 (English)*. Arnhem: Regionale toetsingscommissies euthanasie.
- Rietjens, J.A.C., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Maas, P.J. & van der Wal, G. (2005). A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: Survey among the Dutch general public and physicians. *Social Science & Medicine* 61(8), 1723-32.
- Rietjens, J.A.C., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Maas, P.J. & van der Wal, G. (2006). Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decisions-making. *Palliative Medicine*, 20, 685-92.

- Rurup, M.L., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Heide, A., van der Wal, G. & Deeg, D.J.H. (2006). Frequency and determinants of advance directives concerning end-of-life care in The Netherlands. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1552-63.
- Sifo Research & Consulting. (2005). *Proj 1513388 (SoCe)*. Hämtad från WWW 2007-04-11: <http://www.sifo.se/Public/Dynamic/ArticleFile.aspx?FileId=127dc3ee-1666-4d9a-9d22-da82387c7044>.
- Statens medicins-etiska råd (SMER). (2006). *Rapport från det svensk-holländska seminariet kring erfarenheter av svåra beslut i livets slutskede, Haag, 16-17 november 2006*. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd.
- Svenska Akademien. (2004). *Svenska Akademiens ordbok*. Göteborg: Norstedts Akademiska Förlag.
- Van de Scheur, A. & van der Arend, A. (1998). The Role of Nurses in Euthanasia: a Dutch study. *Nursing Ethics*, 5(6), 497-509.
- Verhagen, E. & Sauer, P.J.J. (2005). The Groningen Protocol – euthanasia in severely ill newborns. *New England Journal of Medicine*, 352(10), 959-62.
- Verpoort, C., Gastmans, C. & Dierckx de Casterlé, B. (2004). Palliative care nurses' views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 592-600.
- Verpoort, C., Gastmans, C., De Bal, N. & Dierckx de Casterlé, B. (2004). Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing Ethics*, 11(4), 349-65.
- Westrin, C.G. & Nilstun, T. (2005). *Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilkes, L., White, K. & Tolley, N. (1993). Euthanasia: A Comparison of the Lived Experience of Chinese and Australian Palliative Care Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 95-102.