



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Dødssykes holdninger til eutanasi/

Terminally ill`s attitudes towards euthanasia

Hilde Torske og Lina Ulvund

Totalt antall sider inkludert forsiden: 54

Molde, Innleveringsdato: 14.04.16



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Else Jørgensen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 28.03.16

Antall ord: 12 151

Sammendrag

Bakgrunn:

Eutanasi er en handling der legen bevisst tar livet av et menneske som ønsker å dø, ved bruk av et medikament. Debatten om eutanasi har pågått i flere år, og meningsmålinger viser at et flertall av befolkningen mener at eutanasi bør legaliseres. Medisinske fremskritt gjør det mulig å holde pasienter i live lenger enn hva mange vil synes er riktig og naturlig. I motsetning til tidligere da de fleste døde hjemme, dør nesten alle i dag på institusjon. Denne utviklingen har medført at døden og lidelse, til en viss grad, har blitt tabubelagt og fremmedgjort.

Hensikt:

Å belyse holdninger rundt eutanasi.

Metode:

Litteraturstudie basert på 7 kvalitative og 3 kvantitative forskningsartikler.

Resultat:

Hovedfunnene i litteraturstudien deles opp i fire tema. Når eutanasi sees på som en mulighet, når eutanasi ikke sees på som en mulighet, holdninger hos de som ikke har bestemt seg, og helsepersonells rolle påvirker pasientens holdninger til eutanasi.

Konklusjon:

Lidelse, tro, håp og/eller religion er viktige faktorer som er med å forme dødssykes holdninger til eutanasi. God kommunikasjon og tillit til helsepersonell kan være avgjørende for om personen ønsker å avslutte livet. I videre praksis har vi som sykepleiere et ansvar i å hjelpe pasienten å sette nye mål etterhvert som sykdommen utvikler seg. Vi har også et ansvar for å sørge for at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier er god.

Nøkkelord:

Eutanasi, dødssyk, holdning, pasient

Abstract

Background:

Euthanasia is the practice in which the doctor deliberately ends the life of a human being who wants to die, using a drug. The debate around euthanasia has been going on for several years, and several polls shows that a majority of the population believe that euthanasia should be legalized. Medical advances makes it possible to keep patients alive much longer than what many would think is not even right or natural. Unlike much earlier when it was natural to die at home, nowadays almost everyone dies at a institution. This development has resulted that death and suffering, to some extent, has been taboo and alienated.

Purpose:

To clarify the attitudes around euthanasia.

Method:

Literature study based on 7 qualitative and 3 quantitative research articles.

Results:

The main findings in the literature study is divided into four themes. When eutanasia is seen as an opportunity, when euthanasia is not seen as an opportunity, attitudes of those who have not decided, and health professionals`role affect the patient`s attitudes toward euthanasia.

Conclusion:

Factors like suffering, faith, hope and/or religion will shape terminal ill`s attitudes toward euthanasia. Good communication and trust in healthcare professionals may be decisice in determining whether the patients wants to end their life. In further practice, we as nurses have a responsibility to help the patient to set new goals as the disease progresses. We also have a presonsibility to ensure that communication between patient and nurse is good.

Keywords:

Euthanasia, terminal ill, attitude, patient

1.0 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Studiets hensikt	2
1.3 Studiets problemstilling.....	2
2.0 Teoretisk perspektiv	3
2.1 Eutanasi	3
2.2 Legeassistert selvmord.....	3
2.3 Argumenter for og imot eutanasi	4
2.4 Lidelse	4
3.0 Metode	6
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
3.2 Datainnsamling.....	6
3.3 Kvalitetsvurdering	8
3.4 Etisk godkjenning	9
3.5 Analyse.....	9
4.0 Resultat	11
4.1 Når eutanasi sees på som en mulighet	12
4.1.1 Lidelse	12
4.1.2 Ufordringer	13
4.1.3 Autonomi - viktig for mange	14
4.1.4 Når verdighet, tro, håp og mening forsvinner	15
4.1.5 Pårørende spiller en rolle	16
4.2 Når eutanasi ikke sees på som en mulighet	17
4.2.1 Når tro, håp og mening finnes.....	17
4.2.2 Lidelse	18
4.2.3 Redd for misbruk.....	18
4.3 Holdninger hos de som ikke har bestemt seg.....	19
4.4 Helsepersonells rolle påvirker pasientens holdninger til eutanasi	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Datainnsamling/litteratursøk	20
5.1.2 Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning.....	21
5.1.3 Analyse	23
5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 Lidelse på godt og på vondt.....	24
5.2.2 Autonomi - Vet vi vårt eget beste?.....	26
5.2.3 Kan alle forvente en god død?	27
5.2.4 Mangelfull kommunikasjon kan forsterke ønsket om å dø	28
5.2.4 Frykten for at det skal misbrukes	30
5.2.5 Håp kan være avgjørende	31
6.0 Konklusjon	33
6.1 Konklusjon.....	33
6.2 Forslag til videre forskning.....	34
Referanseliste	35

Vedlegg 1: PI(C)O-skjema.

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk.

Vedlegg 4: Liste over relevante funn.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Mathisen (2012) stammer begrepet eutanasi fra gresk og betyr lett eller god død. Debatten om eutanasi har pågått i flere år, og i både vårt og i andre land viser meningsmålinger at et flertall av befolkningen mener at eutanasi bør legaliseres (Herrestad og Mehlum 2005). Tidligere var det å dø hjemme med sine nærmeste rundt seg naturlig. I dag skjer ikke dette like ofte, nesten alle dør på institusjon. Professor i palliativ medisin Stein Kaasa sier at denne utviklingen har medført at døden og lidelse, til en viss grad, har blitt tabubelagt og fremmedgjort. Videre sier Kaasa at fremskrittene som har blitt gjort innenfor medisin, gjør at vi kan behandle og gjøre mennesker friske av sykdommer som tidligere førte til døden. Disse fremskrittene har også gjort det mulig å holde pasienter i live lengre enn hva mange vil synes er riktig og naturlig. Det kan være vanskelig å vite når man skal avslutte en påbegynt behandling, eller om man skal starte en behandling når sjansen for at det har positiv effekt er liten (Kaasa 1998).

Noen mennesker ønsker å dø, men de fleste ønsker å leve. For de som ønsker å leve, kan det være vanskelig å forstå de som ønsker å dø (Kaasa 1998). I det siste året har debatten om eutanasi eskalert. Gjennom medier har vi fått fortalt historier om mennesker som ønsker å dø, og vi har fulgt dødssyke mennesker uten håp, som reiser til andre land for å avslutte livet. Vår oppgave som helsepersonell er å gi livshjelp i stedet for dødshjelp, men mange reagerer på den ukritiske bruken av behandling. Å dø med verdighet har blitt et vesentlig tema (Kaasa 1998). Som sykepleierstudenter har vi møtt flere pasienter ute i praksis som har uttrykt ønske om å dø, og i enkelte situasjoner har vi har også selv tenkt at det å dø hadde vært det beste for pasienten. Det har tidligere vært stort fokus på hva leger og sykepleiere mener angående eutanasi (Kaasa 1998). Vi vil derfor undersøke hva personer som eutanasi faktisk kan være aktuelt for, mener i denne saken.

1.2 Studiets hensikt

Studiets hensikt var å belyse holdninger rundt eutanasi.

1.3 Studiets problemstilling

Hvilke holdninger har personer som vet at de skal dø til eutanasi?

2.0 Teoretisk perspektiv

I teorien beskriver vi blant annet hva eutanasi og legeassistert selvmord er. Vi har valgt å ha med teori om legeassistert selvmord, på grunn av at eutanasi og legeassistert selvmord er to handlinger som er veldig like, men som utføres forskjellig. Videre i teorien har vi også med de vanligste argumentene for og imot eutanasi, samt hva lidelse innebærer.

2.1 Eutanasi

Eutanasi blir definert som en aktiv handling der legen bevisst tar livet av et annet menneske, ved bruk av et medikament (Mathisen 2012). Intensjonen er at døden skal inntreffe øyeblikkelig eller i løpet av kort tid. Dette skjer etter personens frivillige og kompetente forespørsel om å få dø (Kaasa 1998). Noe av det som kan bringe frem ønsket om eutanasi, ut over pasientens alvorlige sykdom, er skam, skyldfølelse og opplevelsen av å være til bryderi (Mathisen 2012). I Norge er eutanasi ulovlig og en straffbar handling. Dette gjelder selv om det er pasientens ønske og/eller det er gjort ut fra medlidenhet. Det samme gjelder om pasientens sykdom er ukurabel, ikke har lenge igjen å leve og har sterke ønsker om å dø (Molven 2006). En har altså i følge norsk lov ikke tillatelse til å imøtekomme pasienters oppfordringer om aktiv hjelp til å dø, uansett om oppfordringen kommer fra pasienten selv eller hans nærmeste (Mathisen 2012).

Ofstad (2006) skriver at i 2006 kom det frem at 56% aksepterte eutanasi i varierende grad (undersøkelse utført av A/S Markedsdata). Av de som tok standpunkt var 76% for eutanasi for de med en terminal lidelse og 46% for de med en varig smertefull lidelse (Ofstad 2006). Ønsket om at eutanasi skal bli legalisert er i følge Ofstad på samme nivå blant kreftpasienter som i allmennheten. Legene derimot er mer restriktive (Ofstad 2006). Videre skriver Ofstad at 74% av en gruppe amerikanske kreftpasienter var tilhengere av legalisert eutanasi og at 56% var villig til å be om eutanasi for seg selv. I en norsk sykeavdeling for pasienter med smerter var ønsket om eutanasi hos 18 pasienter med kreft hypotetisk, ambivalent og fluktuerende (Ofstad 2006).

2.2 Legeassistert selvmord

Begrepet legeassistert selvmord innebærer at en lege hjelper eller bistår pasienten til å ta sitt eget liv. Utførelsen foregår ved at legen gir pasienten en dødelig dose medisin som pasienten selv inntar. Ved assistert selvmord er legen/hjelperen kun indirekte medvirkende i pasientens død, i motsetning til eutanasi hvor døden er en direkte følge av legens

handling. Legeassistert selvmord blir sett på som mer akseptabelt enn eutanasi på bakgrunn av dette. Motstandere av legeassistert selvmord bruker likevel mange av de samme argumentene som motstandere av eutanasi, blant annet det at helsepersonell er medskyldige i drap og at det ikke er deres oppgave. Både Nederland, Belgia og Sveits har lovverk som tillater assistert selvmord (Nortvedt 2012).

2.3 Argumenter for og imot eutanasi

Det er mange argumenter for og imot eutanasi. Kaasa (1998) trekker frem de vanligste som blir brukt i debatten:

Argumenter for:

- Hvis et menneske har en sykdom som gjør at livet blir ulevelig, samtidig som pasienten har smerter og lidelser som ikke kan lindres godt nok, er det bedre å avslutte livet enn å leve i lidelse. Basert på barmhjertighet og medfølelse kan man i en slik situasjon forsvare eutanasi (Kaasa 1998).
- Et menneske med en ukurabel sykdom som medfører smerter og lidelse, og som ikke kan lindres, har rett til å be om eutanasi. Dette kan betraktes som en del av menneskets autonomi (Kaasa 1998).

Argumenter mot:

- Når et menneske har dødd er det ingen vei tilbake. Alt håp om mulig bedring og endring i tilværelsen er slutt (Kaasa 1998).
- Ønsket om å dø vil være et personlig ønske, men likevel vil avgjørelsen være påvirket av hva personens nærmeste ønsker og hva samfunnet ønsker. For mennesker som er i en slik fase i livet vil dagene svinge mellom latter og gråt, fortvilelse og håp. Så spørsmålet er om dette er pasientens absolutte vilje (Kaasa 1998).

2.4 Lidelse

Sykepleieteoretiker Katie Eriksson skriver at lidelsen er tilegnet mennesket. For det å leve, innebærer blant annet å lide. Lidelsen er en kamp mellom det onde og det gode, og mellom lidelse og lyst. Dette utgjør kjernen i alt menneskelig liv. Det er vanskelig å forholde seg til lidelsen. Man kan i det ene øyeblikket se på lidelse som noe vondt, og i det neste øyeblikk forsøke å gi den en mening (Eriksson 1995).

Videre sier Eriksson at verbet “å lide” kan sammenlignes med å “pines” og “ha vondt”. Det er også å “kjempe” og å “utholde”. Det å lide inneholder også å “forsones”. Seks hoveddimensjoner fra begrepet “å lide” er:

1. Noe negativt eller vondt. Noe som rammer mennesket.
2. Noe som mennesket må leve med, noe det utsettes for.
3. En kamp.
4. Noe konstruktivt eller meningsfylt, en forsoning.
5. Uttrykk for ønske eller savn.
6. Medlidenhet og lide med og for en annen (Eriksson 1995).

Lidelse er et begrep som brukes for å betegne en persons subjektive opplevelser av tap, kval, nød og smerte, og er noe som kan komme til alle mennesker. De konkrete årsakene til lidelse vil være veldig forskjellig, men et menneske opplever ofte lidelse når livssituasjonen endrer seg og når en erfarer tap av livsinnhold og verdier. Lidelse er noe vi som mennesker ikke kan unngå å oppleve, og derfor er det noe man må prøve å akseptere og lære seg å leve med. Lidelse vil oppleves i ulike situasjoner. Den kan være forbundet med tap og sorg på grunn av en endret livssituasjon, eller den er rettet mot en kroppslig eller psykisk ubehag på grunn av en sykdom/skade og/eller behandling (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2012).

De mest konkrete og sterkeste uttrykkene vi ser for menneskelig lidelse vil være kroppslige smerter. Å leve med kroppslige smerter vil ofte være en svært stor påkjenning for den det gjelder og kan være en tilstand som bærer med seg mye lidelse. Det er likevel svært viktig å vite at lidelse og smerte ikke er synonyme begreper. Pasienten kan til tross for lidelse ha lite smerter, og han kan ha smerter uten å lide. Smerte er i likhet med lidelse også en del av livet, og er noe som vi mennesker rammes av helt fra en blir født til en dør (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2012).

3.0 Metode

Til stadighet utvikles det forskning innenfor helse og medisin. Den store mengden vitenskapelige artikler gjør det vanskelig for hver enkelt sykepleier eller lege å holde seg oppdatert på den nye kunnskapen. Behovet er derfor stort for at resultatet fra artikler som omhandler det samme, systematisk settes sammen. Det finnes forskjellige måter å anvende vitenskapelige artikler som et utgangspunkt for en studie, blant annet allmenn litteraturstudie, systematisk litteraturstudie og begrepsanalyse (Forsberg og Wengström 2008).

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde (2015) skal hovedoppgaven utføres i form av en systematisk litteraturstudie (Jørgensen og Michaelsen 2015). For å kunne gjøre en systematisk litteraturstudie er forutsetningen at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som danner grunnlaget for vurderinger og konklusjoner. En systematisk litteraturstudie tar derfor utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2008).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vår litteraturstudie inkluderer studier med kvinner og menn med en dødelig sykdom. De inkluderte artiklene skulle være fagfellevurdert og fra år 2005 til dd. Artiklene skulle være skrevet på enten norsk, engelsk, dansk eller svensk. Vi ekskluderte barn, på grunn av at det kun er et land som har eutanasi uten nedre aldersgrense som i andre land er 18 år (Norsk rikskringkasting 2014). Vi har inkludert både kvalitative og kvantitative artikler.

3.2 Datainnsamling

Tidlig i prosessen begynte vi å lese relevant bakgrunns litteratur for å få nok kunnskap om temaet vi har valgt. Det ble foretatt flere prøvesøk i relevante databaser for å undersøke om det fantes nok forskning på temaet. Vi utførte først flere søk i databasen Ovid Medline, deretter i databasen Proquest. Søkeordene vi mente var relevante for vår hensikt/problemstilling ble i utgangspunktet tatt ut fra den bakgrunns litteraturen vi så langt hadde lest. Et PICO-skjema blir brukt i forbindelse med planlegging av systematiske litteratursøk. Bjørk og Solhaug (2008) anbefaler at en trekker ut sentrale begreper fra

problemstillingen og overføre disse til et PICO-skjema. For å kunne gjennomføre litteratursøkene på en oversiktlig måte utarbeidet vi derfor et PI(C)O-skjema (Vedlegg 1).

“P” står for population/patient/problem:

Målgruppen vi ønsker å se på er voksne med en uhelbredelig sykdom, og som vet at de skal dø. Vi kom frem til søkeordene “dying”, “death”, “end of life”, “terminal* ill”, patient* og suffer*.

“I” står for intervention eller tiltak:

Vi ønsker å se nærmere på hvilke holdninger den utvalgte pasientgruppen har til eutanasi, som i vår litteraturstudie er tiltaket. Vi kom frem til søkeordet “euthanasia”.

“C”) står for comparison, og er kun aktuelt i de tilfellene en ønsker å måle forskjeller i resultater mellom ulike grupper:

Vi valgte å ikke inkludere “Comparison (C) i vårt PICO-skjema, fordi problemstillingen i vår litteraturstudie ikke er ute etter sammenligning av tiltak.

“O” står for outcome eller resultat:

Resultatet vi ønsker å undersøke videre er hvilke holdninger voksne pasienter som vet at de skal dø har til eutanasi. Vi kom frem til søkeordene “attitude”, “thoughts”, “experienc*”, “think*” og “talk”.

Vi har fått hjelp av bibliotekar til å tilpasse søkeord med trunkering og and/or. Ved å bruke “OR” bidrar det til bredde i søket, og ved å bruke “AND” snevrer en søket inn (Bjørk og Solhaug 2008). I det første søket benyttet vi oss av databasen Ovid Medline. Vi tok i bruk søkeordene fra PIO-skjemaet og deretter ønsket vi å avgrense søket og la derfor inn “limits”. Vi la inn årstall (2010-current), språk (engelsk, dansk, norsk og svensk) og alder (young adult, adult, middle aged (45-64) og all aged (65+)). Vi fikk da opp 167 artikler. Etter å ha lest igjennom tittel og sammendrag, ble 162 artikler forkastet på grunn av manglende relevans, og vi satt da igjen med 5 artikler. Deretter gjorde vi et søk i databasen ProQuest med de samme søkeordene. Dette resulterte i et treff på tusenvis av artikler. Det tok ikke lang tid før vi fant ut at svært mange av disse artiklene var helt irrelevant for vår litteraturstudie, så vi bestemte oss for å legge bort denne databasen.

Siden det første søket ikke ga oss nok artikler som passet til vår problemstilling, utvidet vi derfor grensen til artikler som var eldre enn fem år. Vi tok i bruk den samme databasen som i første søk. Vi brukte de samme søkeordene som i søk nr. 1 og under “limits” la vi inn årstall (2005-2009), språk (engelsk, norsk, dansk og svensk) og alder (young adult, adult, middle aged (45-64 og all aged (65+)). Vi kom da frem til 183 artikler. Etter å ha lest tittel og sammendrag på alle artiklene, ble 179 forkastet på grunn av manglende relevans. De resterende 4 artiklene virket relevante i forhold til vår problemstilling, og til sammen satt vi igjen med 9 artikler.

Etter andre søk manglet vi en artikkel. I et tredje forsøk på å finne nye artikler, valgte vi å fjerne noen ord fra PIO-skjemaet vårt. Søkeordene vi tok med var patient, suffer*, dying, euthanasia, attitude og request. Også i dette søket tok vi i bruk databasen Ovid Medline. Vi valgte å avgrense søket med årstall (2010-current) og språk (engelsk, norsk, dansk og svensk), og fikk da opp 190 artikler. Ut i fra tittel og sammendrag virket 7 artikler relevante i forhold til vår problemstilling. Til sammen hadde vi da funnet 16 artikler til vår litteraturstudie som gikk videre til kvalitetsvurderingen (Vedlegg 3).

3.3 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingen av de 16 utvalgte artiklene ble gjennomført sammen. Vi startet med å skrive ut alle de inkluderte artiklene og leste gjennom dem sammen, og deretter hver for oss. Funnene vi følte var relevante for vår litteraturstudie ble markert. Deretter fordelte vi halvparten av artiklene mellom oss, og skrev hovedfunnene i hver artikkel utfyllende i et dokument. Vi valgte å arbeide på denne måten for å være sikker på at vi ikke gikk glipp av relevante funn. For å kvalitetsvurdere artiklene benyttet vi oss av sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014).

Sjekklistene besto av 10 spørsmål som skulle gi oss svar på om artiklene vi hadde var av god eller svært god kvalitet. 6 av artiklene ble etter kvalitetsvurdering lagt bort. Årsaken til dette var grunnet for dårlig kvalitet. Da sto vi igjen med 10 artikler som vi mente var av god eller svært god kvalitet, og relevante for vår problemstilling. 7 av disse var kvalitative studier og 3 var kvantitative. Alle 10 artiklene ble satt inn i en tabell, der informasjonen om hver enkelt artikkel ble skrevet ned.

3.4 Etisk godkjenning

Personer med en dødelig sykdom er en sårbar pasientgruppe, og at etiske hensyn blir ivare tatt i forbindelse med forskning knyttet til denne gruppen er derfor svært viktig. Av de 10 artiklene vi valgte å inkludere er 7 godkjent av en etisk komite. I alle de inkluderte artiklene i litteraturstudien har det vært frivillig deltakelse, og samtykke fra deltakerne har blitt innhentet skriftlig eller muntlig. Informasjon om studien har blitt tildelt alle deltakerne i hver studie og deltakerne er anonymisert. Det er viktig at vi er oppmerksomme på vår egen forforståelse, da den kan ha innvirkning på tolkning av datamateriale og resultatet (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010). For at vår forforståelse ikke skulle påvirke det endelige resultatet har vi vært bevisst på vår egne holdninger og tanker, og møtt resultatet med åpenhet. I og med at dette er en sårbar pasientgruppe er det viktig for oss at forskningen har blitt utført på en respektfull, ærlig og forsvarlig måte.

3.5 Analyse

Når man skal forene et mangfold vitenskapsartikler til en enhet, er det viktig å være systematisk i analysearbeidet (Evans 2002). I vår litteraturstudie har vi i analysen tatt utgangspunkt i Evan`s (2002) fire faser.

I den første fasen skal en ut fra inklusjonskriteriene samle sammen datamateriale som deretter analyseres (Evans 2002). Etter første fase av analyseprosessen med artikkelsøk ut fra inklusjonskriterier og kvalitetsvurdering, inkluderte vi 10 artikler til vår litteraturstudie.

I den andre fasen skal en lese gjennom datamaterialet, identifisere og plukke ut hovedfunnene i hver artikkel (Evans 2002). Vi skrev ut alle artiklene slik at begge hadde et eksemplar hver. Vi leste igjennom alle artiklene først sammen og deretter hver for oss, og markerte hovedfunn og sitater som vi mente ville bidra til å gi oss svar på vår hensikt og problemstilling. Deretter fordelte vi artiklene mellom oss, og skrev inn hovedfunnene på samme dokument.

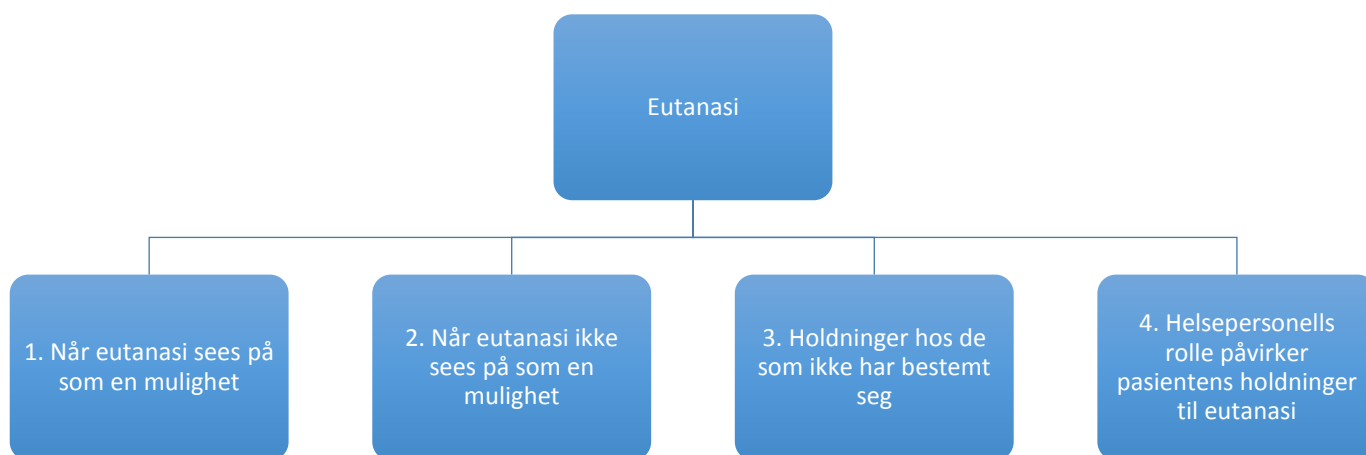
I den tredje fasen skal man sammenligne funnene på tvers av studiene, og hovedfunn som gjentar seg i flere artikler skal identifiseres. Disse skal kategoriseres og grupperes etter likhet (Evans 2002). Etter å ha lest igjennom hovedfunnene flere ganger, dannet vi

underoverskrifter for hovedfunnene i hver artikkel. Deretter klippet vi ut og limte inn funnene under tilhørende underoverskrift.

I den fjerde og siste fasen i analysen skal vi knytte sammen hovedfunnene fra artiklene til en enhet med referanser fra datamaterialet (Evans 2002). Videre skrev vi referansen til det tilhørende datamaterialet bak hvert hovedfunn, og fordelte funnene i fire hovedtema med undertema som presenteres i resultatdelen av litteraturstudien (Vedlegg 3).

4.0 Resultat

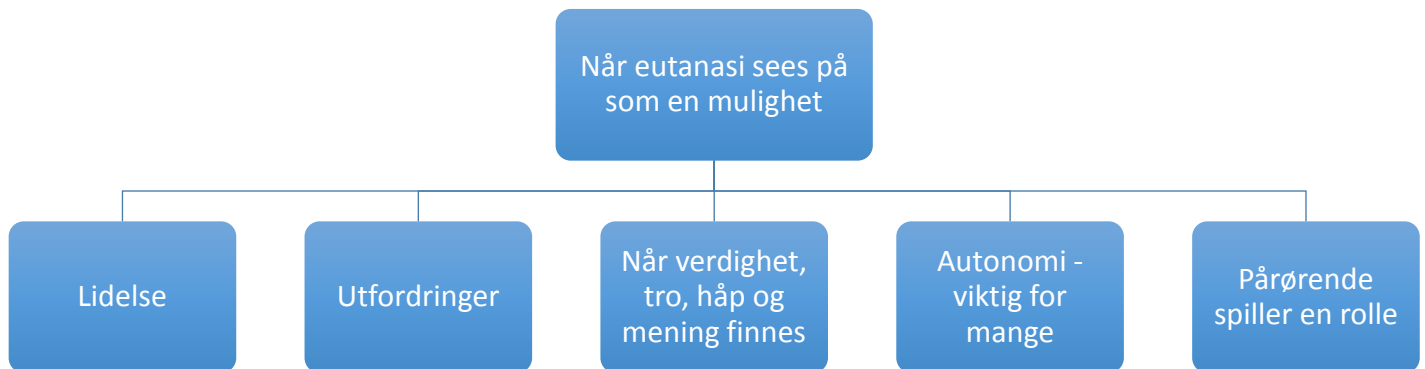
Hensikten med studien var å belyse holdninger rundt eutanasi. Resultatet av litteraturstudien blir presentert i 4 hovedtema med undertema.



Figur 1: Modell over tematisering av funn.

1. Når eutanasi sees på som en mulighet.
2. Når eutanasi ikke sees på som en mulighet.
3. Holdninger hos de som ikke har bestemt seg.
4. Helsepersonells rolle påvirker pasientens holdninger til eutanasi.

4.1 Når eutanasi sees på som en mulighet



Figur 2: Denne modellen viser hovedtema 1 med undertema.

4.1.1 Lidelse

Lidelse blir gjentatte ganger brukt som et argument for utøvelse av eutanasi (Wilson et al. 2007, Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Ruijs et al. 2014, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Maessen et al. 2009, Stutzki et al. 2014, Chapple et al. 2006, Booij et al. 2014). Lidelsen har ulike uttrykksformer. Flere av de som er for eutanasi er pasienter som allerede har store lidelser, smerter og utholdelige symptomer (Wilson et al. 2007, Johansen et al. 2005, Maessen et al. 2010, Ruijs et al. 2014, Chapple et al. 2006, Karlsson, Milberg og Strang 2011). Å lide er for flere meningsløst og en pasient i studien til Karlsson, Milberg og Strang (2011) sier at man burde få slippe redselen for å ikke motta nok hjelp i fremtiden. Mange er redde for økende smerter, og bekymrer seg for å utvikle fysiske eller psykiske lidelser (Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007, Johansen, Hølen og Kaasa 2005).

Flere har også sett sine nærmeste lide, noe som har gjort at de er blitt positive til eutanasi. I studien til Chapple et al. (2006) forteller en kvinne med nyrekreft om sin mor som gikk gjennom store lidelser:

...Because actually my Mum was in hospital for about three months before she died. And she had sort of raging osteoporosis having taken lots of steroids for another condition. And she was in terrible pain and she had made a living will

actually. And they had to give her so much morphine in the last few weeks, to be honest she was talking rubbish and coming up with ideas (Chapple et al. 2006, 708).

Mange, inkludert denne kvinnen, mener at å gå gjennom en slik fysisk belastning før en kan slippe fri å dø, er meningsløst (Wilson et al. 2007, Chapple et al. 2006, Jaklin og Olver 2008, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Booij et al. 2013, Booij et al. 2014).

4.1.1.1 Selvmord blir siste utvei

I studien til Chapple et al. (2006) og Stutzki et al. (2014) har noen så store lidelser at de ser på selvmord som det eneste alternativet. Dette på grunn av store smerter, dårlig livskvalitet og redselen for større smerter i fremtiden. Å ta selvmord blir derfor for noen siste utvei (Chapple et al. 2006, Stutzki et al. 2014). En mann med store lidelser, i studien til Chapple et al. (2006), har blant annet gjennom Internett prøvd å finne ut hvordan han kan ta selvmord. En annen kvinne i samme artikkel forteller at hun muligens vil begå selvmord på egen hånd dersom eutanasi ikke blir legalisert. Årsaken er at hun har store smerter og at livskvaliteten er fullstendig borte. Flere ønsker å ha sine nærmeste rundt seg under avslutningen på livet (Chapple et al. 2006). Dersom selvmord er det eneste alternativet, må man gjøre det alene for å beskytte sine pårørende fra å bli innblandet i dødsfallet. Dersom eutanasi blir legalisert er ikke dette nødvendig. Da trenger en ikke å dø uten sine nærmeste i rundt seg, noe som er viktig for flere (Chapple et al. 2006).

4.1.2 Utfordringer

Smerte, skrøpelighet, tretthet, hjelpeløshet og tap av verdighet blir beskrevet som alarmerende og er mye av årsakene til ønsket om å avslutte livet. Andre årsaker er at de er redde for at det ikke finnes tilstrekkelig med smertelindring (Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007, Booij et al. 2014, Booij et al. 2013). Nedsatt energi og følelsen av å være konstant utslitt fører til nedsatt livslyst og et ønske om å avslutte livet (Ruijs et al. 2014). En deltaker i studien Chapple et al. (2006) med store smerter, forteller:

”Sometimes I am in that much pain that all I want to do is put myself on my bed and go to sleep, but I can’t because the pain keeps me awake” (Chapple et al 2006, 708).

Det å ikke kunne være like aktiv som tidligere og hele tiden føle seg syk, trøtt og kraftløs gjør at ønsket om eutanasi blir forsterket. Når en går gjennom slike uholdbare smerter mister en motivasjonen, og troen på en lys fremtid svekkes. Blant annet, redselen for å kveles og dyspne er smerter som blir sett på som uutholdelige (Wilson et al. 2007, Maessen et al. 2010, Ruijs et al. 2014). Når en går gjennom en uutholdelig lidelse er redselen for framtidige smerter og enda dårligere livskvalitet vanlig (Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Maessen et al. 2010, Ruijs et al. 2014). Flere terminale syke føler at de lever et meningsløst liv og at deres behandling er nytteløs. Redselen for å miste flere av sine funksjoner og å gå gjennom en langsom og pinefull død kommer også frem som vanlige årsaker til ønske om eutanasi (Jaklin og Olver 2008, Wilson et al. 2007). Mange av pasientene med dårlig funksjon både kroppslig og mentalt nevner også at de ville ha søkt om eutanasi umiddelbart dersom det hadde blitt lovliggjort. Selv om noen ikke ønsker eutanasi for seg selv, har de forståelse for at de med store smerter ønsker det (Wilson et al. 2007, Jaklin og Olver 2008, Johansen, Hølen og Kaasa 2005).

Å leve med en dødelig sykdom vil føre med seg gode og dårlige dager, noe som enkelte av pasientene nevner påvirker deres ønske om eutanasi. Et liv med smerter vil være et liv uten mening og verdi, mener enkelte. Å lide både fysisk og mentalt burde være en god nok grunn til å benytte seg av eutanasi, spesielt dersom det å gi videre behandling og lindring blir sett på som nytteløst (Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007).

4.1.3 Autonomi - viktig for mange

Flere bruker autonomi som et viktig argument for eutanasi, og argumenterer blant annet med at alle skal ha rett til å bestemme selv hva de ønsker å gjøre med livet sitt. Retten til å dø med verdighet er vesentlig, og når smerten ikke lengre kan lindres burde det være opp til hver og én. Flere med uutholdelige smerter mener at man burde få bestemme selv når smerten skal forsvinne, og man skal slippe å vente på at kroppen sakte men sikkert taper sine funksjoner. De mener at de burde få muligheten til å ta autonome valg når det kommer til omstendighetene ved døden og når de skal dø (Chapple et al. 2006, Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007, Booij et al. 2013, Booij et al. 2014, Ruijs et al. 2014). En dødssyk kvinne i studien Chapple et al. 2006 uttrykker sin frustrasjon over at man ikke skal få bestemme selv hva en ønsker å gjøre med livet sitt:

...It's almost a nonsense we can't decide what to do with our life at the end, isn't it? Why should a judge be able to say, no, I can't kill myself if I want to? (Chapple et al. 2006, 708).

De gjentakende årsakene til ønsket om eutanasi er redselen for å miste kontrollen og sin autonomi. For flere av de som argumenterer for eutanasi er det å ha kontroll over sin egen levetid og hvilken måte man skal avslutte livet på svært viktig. Det å ha kontroll over både liv og død, og det å få bestemme over medisinske avgjørelser er en del av en persons autonomi og verdighet (Chapple et al. 2006, Booij et al. 2014, Ruijs et al. 2014). Mange pasienter har tanker om sin egen død etter å ha sett familiemedlemmer lide av sine sykdommer. Dette har ført til at flere ønsker å kontrollere selv hvordan den siste fasen i deres liv skal være (Booij et al. 2014).

4.1.4 Når verdighet, tro, håp og mening forsvinner

Tapt livslyst på grunn av mangel på positivitet og håp for livet og fremtiden, er ofte en av hovedårsakene til at personer med en dødelig diagnose ønsker eutanasi. Personer som vet at de skal dø som følge av en sykdom, kan slite med depresjon, angst, følelsen av å være ensom, følelsen av å være verdiløs og oppleve dårlig livskvalitet (Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007, Stutzki et al. 2014, Ruijs et al. 2014, Maessen et al. 2010, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Booij et al. 2014).

For mange er det vanskelig å ha håp om en bedre tilstand når man har en dødelig sykdom. Når det ikke lenger finnes håp, har man heller ikke noen mål i livet. Livet gir ikke lenger noe glede, og det å leve blir meningsløst. Ønsket om å fremskynde døden blir større enn ønsket om å leve (Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011). En kreftsyk mann i artikkelen til Karlsson, Milberg og Strang (2011) uttrykte hva som rettferdiggjør eutanasi på følgende måte: (Justifying euthanasia) It's when you experience complete meaninglessness (Karlsson, Milberg og Strang 2011, 1068).

Følelsen av skam og det å miste verdighet er for mange svært tungt å leve med.

Symptomer sykdommen medfører, redselen for å ikke bli tatt seriøst og det å føle seg mindre verdt enn andre er faktorer som kan bidra til at noen ønsker å fremskynde døden (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Ruijs et al.

2014, Johansen, Hølen og Kaasa 2005). Noen personer ønsket eutanasi mens kroppen fortsatt fungerte, i og med at døden er siste utvei uansett. Å slippe å være redd for døden og ikke minst få en enkel død, og å slippe å ha angst for fremtidlige smerter er en av mange argumenter for å legalisere eutanasi (Johansen, Hølen og Kaasa, 2005, Jaklin og Olver 2008, Wilson et al. 2007, Ruijs et al. 2014). En kvinne i studien til Jaklin og Olver (2008) forteller om da hennes tante låg for døden:

When Auntie Nell went..., she always wanted to die with dignity, and she was just a little bag of bones lying in a bed, and you'd go to pick her up, and all of sudden, all I've got is a bag of skin on my hands. No, it was horrible.. Well, she wanted to be put to sleep, 'cos she wanted that euthanasia (Jaklin og Olver 2008, 651).

4.1.5 Pårørende spiller en rolle

Når sykdomsforløpet har kommet dit at kroppslige funksjoner er nedsatt, er følelsen av å ikke være til nytte for noe eller noen lenger, helt normal (Chapple et al. 2006, Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Maessen et al. 2010, Ruijs et al. 2014, Wilson et al. 2007). Når man har en dødelig sykdom vil man komme til et punkt i sykdomsforløpet der det ikke er enkelt å delta på sosiale sammenkomster, og det å vise kjærlighet til sine nærmeste gjennom handlinger og berøring kan bli umulig. Når man likevel vet at man skal dø kan dette være faktorer som forsterker ønsket om å fremskynde døden (Chapple et al. 2006, Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Maessen et al. 2010). Familie, partner og venner er svært viktig for personer med en dødelig sykdom. Det er med disse personene de diskuterer og deler tanker og meninger med. Hva de nærmeste mener er for mange viktigere enn hva sykepleiere og leger mener (Booij et al. 2014, Booij et al. 2013, Stutzki et al. 2014). I studien til Jaklin og Olver (2008) forteller en kreftsyk deltaker om hvor vanskelig det er å se de i rundt seg gå gjennom en lidelse:

Oh absolutely, absolutely (I'm in favour of euthanasia), not just for yourself but for those around you.. Watching people go through it is much worse, because the person can be zonked out, but I think that's not very dignified anyway, but, but the others have to watch. And they've got no anasthetics (laughing) or anything to get them through. And they've just gotta suffer, it disrupts their lives, it disrupts their mental process, it's very unsettling for them (Jaklin og Olver 2008, 651).

4.2 Når eutanasi ikke sees på som en mulighet



Figur 3: Denne modellen viser hovedtema 2 med undertema.

4.2.1 Når tro, håp og mening finnes

For de som er imot eutanasi har lidelsen ut fra deres personlige opplevelser aldri blitt utholdelig. Mange har sett sine nærmeste gå gjennom store lidelser, noe som har gitt de troen på at man kan takle hva som helst. I tillegg har flere troen på at det finnes nok muligheter for å redusere lidelsen og kanskje la smertene forsvinne helt. God palliativ omsorg skal kunne bidra til å kontrollere sykdommens symptomer, smerter og depresjon (Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006). I artikkelen Karlsson, Milberg og Strang (2011) uttaler en kreftsyk mann følgende om håp og mening : ”But different people look upon problems differently. But all problems can be solved according to me, if you handle them the right way” (Karlsson, Milberg og Strang 2011, 1068).

Flesteparten av de som er mot eutanasi og har en dødelig sykdom, er det på grunn av etiske årsaker eller på grunn av at de er religiøse (Jaklin og Olver 2008, Stutzki et al. 2014, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Booij et al. 2014, Booij et al. 2013). Mange ser en mening med livet selv om man har fått en sykdom som medfører døden. De synes ikke eutanasi burde bli legalisert, på grunn av at det alltid finnes håp for forbedring. Til tross for deres lidelse, uttrykker flesteparten av pasientene et håp om fremtiden. Håp er noe som kan rettes mot den neste timen med doktoren, muligheten til å bli bedre og et håp om god livskvalitet. Fra et religiøst perspektiv mener noen at Gud bestemmer hva som skal skje i livene våre, og at han gir det mening. De har ingen tanker om hvordan døden skal bli, og har heller ingen formening om

hvordan døden skal foregå. Religiøse mener at det å ta et menneskeliv er moralsk urett, og mot deres tro (Jaklin og Olver 2008, Stutzki et al. 2014, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Booij et al. 2014, Booij et al. 2013). En kreftsyk deltaker i studien til Jaklin og Olver (2008) forteller om hva han synes om døden i forhold til Gud:

So I do not believe in euthanasia... I think it's God's will.. that we don't interfere with that type of thing. Death is death to Him. And He will take us when the right time comes, when He has that mansion in the sky.. (Jaklin og Olver 2008, 654).

4.2.2 Lidelse

Mange av de som ikke vurderer eutanasi er eldre og i et senere stadium i sykdommen enn de som vurderer eutanasi. Noen forteller at dersom eutanasi hadde blitt lovliggjort tidligere, ville de søkt om eutanasi, men at de ikke hadde gjort det den dag i dag (Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Jaklin og Olver 2008, Wilson et al. 2007, Karlsson, Milberg og Strang 2011). De forteller at de har vært igjennom et stadium i sykdommen der uutholdelige lidelser har nådd både fysiske og mentale dimensjoner. De forteller videre at de ikke har noe kontroll på smertene sine, samt at de opplever psykisk stress, lav livskvalitet og at de fikk sjokk da beskjeden om at de hadde en dødelig sykdom kom (Jaklin og Olver 2008, Wilson et al. 2007, Booij et al. 2014, Johansen, Hølen og Kaasa 2005).

4.2.3 Redd for misbruk

Flere dødssyke er redde for at eutanasi skal kunne misbrukes og at personene som ønsker eutanasi ikke blir kritisk vurdert (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007). Hvis eutanasi blir lovliggjort er det nødvendig at man må innfri strenge krav for å få oppfylt ønsket om eutanasi, sånn at man ikke avslutter livet til et menneske som det finnes håp for. I artikkelen Jaklin og Olver (2008) uttrykker en kvinne med uhelbredelig kreft redselen for at det skal misbrukes, på følgende måte:

“So, people can use it for their own resources.. Someone might see it as that poor retarded kid's got no quality of life, and therefore assist in euthanasia” (Jaklin og Olver 2008, 653).

4.3 Holdninger hos de som ikke har bestemt seg

Noen sier at de kan vurdere eutanasi i fremtiden, men ikke akkurat nå. Enkelte har ikke tenkt over at de har en mulighet til å ønske seg en avslutning på livet (Wilson et al. 2007, Booij et al. 2014, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006, Booij et al. 2013, Ruijs et al. 2014, Jaklin og Olver 2008).

4.4 Helsepersonells rolle påvirker pasientens holdninger til eutanasi

Noen kvinner og menn synes kommunikasjonen mellom dem selv og sykepleierne er for dårlig. På grunn av dårlig kommunikasjon mister de tillit til helsepersonellet. De er redde for at de ikke får lindret smertene og lidelsene tilstrekkelig, og at eutanasi derfor er et bedre alternativ enn hva de ser for seg venter dem i fremtiden (Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007). Andre personer mener at man må stole på at sykepleien i fremtiden vil være god nok, og at helsepersonellet i fremtiden vil gi nok hjelp og støtte. De mener også at god palliativ omsorg er en mulighet vi har og bør benytte (Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Wilson et al. 2007). En kvinne med uhelbredelig kreft i artikkelen til Karlsson, Milberg og Strang (2011) forteller om sin opplevelse av helsepersonellet:

I don't think you should allow euthanasia (On a recent case of illegal euthanasia mentioned in the press). If he had been a patient of my Dr X and Nurse Y, he could have had all the help he needed and he could have had all his symptoms alleviated. Because you can receive support several times a day, and also at night-time, you can be helped; you can be helped 24-7 if you put it so (Karlsson, Milberg og Strang 2011, 1069).

Personer med en dødelig sykdom kan oppleve følelsen av å være en byrde for andre. De kan føle seg som en byrde både overfor pårørende og helsepersonell, og det kan føles feil å motta mye helsehjelp når man likevel vet at man har en sykdom som resulterer i døden. Dødssyke kan føle at det å fremskynde døden kan være en lettelse for de som er involvert (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006, Stutzki et al. 2014, Ruijs et al. 2014, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Wilson et al. 2007). Enkelte føler seg som en byrde for andre, men ønsker ikke av den grunn å avslutte livet (Booij et al. 2013).

5.0 Diskusjon

I følge Høgskolens retningslinjer (2015) skal diskusjonskapitlet inneholde både drøfting av metodens ulike deler og av resultatet fra litteraturstudien. I metodediskusjonen diskuteres fremgangsmåte, styrker og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse. I resultatdiskusjonen diskuteres funnene i resultatet i forhold til hensikt og problemstilling, teoribakgrunn, relevant forskning og konsekvenser for praksis.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Datainnsamling/litteratursøk

Tidlig i arbeidet med bacheloroppgaven var eutanasi fastsatt som tema og vi startet med å innhente relevant bakgrunns litteratur både fra pensum og selvvalgte bøker. Vi måtte ta i bruk litteratur utenom pensum, da det sto lite eller ingenting om eutanasi i pensumbøkene. Vi innhentet så mye bakgrunns litteratur som mulig for å være sikre på at vi ikke gikk glipp av relevant litteratur, og brukte mye tid på å studere temaet. Det har gjort det enklere for oss å tolke artiklenes funn, noe som vi ser på som en styrke for vår litteraturstudie. Bakgrunns litteraturen vi har brukt har vært relevant i utformingen av studiens hensikt. En svakhet med noe av litteraturen, er at den ikke er av nyere dato og at det kan finnes nyere kunnskap på dette temaet som vi kan ha gått glipp av. Til tross for dette vet vi av erfaring fra litteratursøkene at eutanasi ikke har blitt mye forsket på i løpet av de siste fem årene, og at det derfor muligens ikke finnes nyere litteratur rundt dette temaet på norsk.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble utarbeidet tidlig i prosessen. Vi kom tidlig frem til å ikke fokusere på barn i vår litteraturstudie. Vi mener at dette var en riktig avgjørelse ettersom det som nevnt tidligere kun er et land som har eutanasi uten nedre aldersgrense (Norsk rikskringkasting 2014). Vi mente derfor at dette ikke var relevant for vår bacheloroppgave, og begrenset derfor søket vårt til aldersgruppen “young adult, adult, middle aged (45-64) og all aged (65+)”, da dette var alternativ under “additional limits” i databasen OVID. Det var viktig at litteraturstudiene inkluderte personer som visste at de skulle dø, da det var denne gruppens holdninger vi var ute etter. Begrepet “pasient” er ikke i problemstillingen grunnet at vi mente dette begrepet ikke dekket målgruppen. Underveis i prosessen innså vi at det mest sannsynlig ikke ville hatt noen betydning, og vi valgte å bruke begrepet “patient” i forbindelse med litteratursøk.

For å sikre at resultatene fra søkene ble så presise som mulig, brukte vi mye tid på å utarbeide et PICO skjema. Vi ekskluderte C fordi vi ikke hadde ønske om å sammenligne tiltakene med andre tiltak. Da sto vi igjen med et PIO-skjema som ga oss flere gode treff. Vi fikk i tillegg hjelp av bibliotekar og kom frem til flere synonymer som kunne brukes. Til slutt sto vi igjen med flere søkeord som var relevante for vår problemstilling. Underveis i søkeprosessen innså vi at det ikke fantes tilstrekkelig med forskning på temaet av nyere dato, noe som gjorde at vi etter vårt andre hovedsøk ble nødt til å søke etter artikler som var eldre enn 5 år. Dette kan være en svakhet, men siden artiklene var av god kvalitet og relevant for vår problemstilling ble de tatt i bruk. Artiklene vi har tatt i bruk har gitt oss mange nye og viktige funn, og har vært en styrke for litteraturstudien.

Det at vi kun benyttet oss av én database kan være en svakhet. Vi prøvde å ta i bruk en annen database, men altfor mange irrelevante forskningsartikler dukket opp blant treffene, noe som resulterte i at vi avsluttet søket i denne databasen. I ettertid ser vi at vi kunne ha oppsøkt bibliotekar for å få hjelp til å søke videre i databasen, men på dette tidspunktet synes vi at Ovid Medline var en database som fungerte godt. Blant annet på grunn av at den var enkel å bruke, samt ga oss relevante funn.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning

For å kvalitetsvurdere artiklene har vi benyttet oss av standardiserte sjekklister fra Nasjonalt Kunnskapssenter (2015), noe som bidrar til å styrke troverdigheten av kvalitetsvurderingen. Sjekklistene ble tatt i bruk for å sikre at de artiklene vi hadde funnet var av god kvalitet. Å kvalitetsvurdere artiklene ved å lese nøye gjennom artiklene sammen og hver for oss viste seg å være en styrke. Denne måten å arbeide på gjorde at vi i størst mulig grad ikke gikk glipp av relevante data.

Vi startet med 16 artikler. Etter grundig kvalitetsvurdering ble 6 av artiklene ekskludert. En såpass nøye gjennomgang av artiklene ved bruk av sjekklistene bidrar til at artikler av lav kvalitet ikke blir inkludert i litteraturstudien. En svakhet kan være at vi ikke hadde mye erfaring med sjekklistene på forhånd, noe som resulterte i at vi brukte mye tid på å forstå hva vi skulle se etter. Sjekklistene fra Nasjonalt Kunnskapssenter besto av 10 spørsmål som skulle besvares. Vi kom frem til at dersom artiklene svarte positivt på 8-10 spørsmål, var artikkelen av svært god kvalitet. Dersom artiklene svarte positivt på under 8 av spørsmålene, var artikkelen av god kvalitet. 10 av de 16 artiklene ble vurdert til svært god

eller god kvalitet, og ble derfor inkludert. At alle de inkluderte artikler er blitt vurdert til svært god eller god kvalitet, ser vi på som en styrke.

For å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer brukes kvalitativ forskningsmetode. Datainnsamlingen skjer som oftest gjennom intervju eller observasjon (Kunnskapsbasert praksis 2012). 7 av våre inkluderte artikler er kvalitative, noe som vi ser på som en styrke da vi er ute etter pasienters holdninger til eutanasi. Det at vi i litteraturstudien har inkludert flere artikler som består av intervju har ført til at data vi har tatt i bruk er deltakernes egne ord, og vi kommer derfor tett innpå deltakeren. Det at flere av artiklene våre består av intervju ser vi derfor på som en styrke. I tillegg har vi inkludert 3 kvantitative artikler, noe som kan være en svakhet fordi at de kvantitative artiklene består av spørreskjema og ikke intervju. Samtidig kan det være en styrke at vi har inkludert 3 kvantitative artikler, da kvantitative studier inkluderer flere deltakere i studien. Noen av våre inkluderte artikler har i tillegg til eutanasi forsket på legeassistert selvmord. I tillegg til dette har noen av artiklene våre også forsket på pårørendes holdninger, men vi har ikke hatt noen vanskeligheter med å skille disse funnene fra hverandre. Dette kan sees på som en svakhet at artiklene inneholder funn som vi ikke var ute etter.

I halvparten av våre inkluderte artikler har forskningen blitt utført i land hvor eutanasi er lovlig, og den resterende halvparten hvor det ikke er lovlig. Det at vi har like mange artikler fra land der det er tillatt med eutanasi som med land der det er ulovlig, ser vi på som en styrke for litteraturstudien. Dette på grunn av at vi da har hatt muligheten til å se på om det finnes en forskjell ved pasienters holdninger i forhold til om eutanasi er lovlig eller ikke i det landet de kommer fra. Vi har derimot ikke funnet noe mønster i deltakernes holdninger til eutanasi ut fra hvilket land de kommer fra, i de artiklene vi har inkludert i vår litteraturstudie.

Alle våre inkluderte artikler er skrevet på engelsk, noe som kan være en svakhet da dette kan føre til flere feiltolkninger i arbeidet med artiklene. Engelske ord kan ha flere betydninger på norsk, noe som er viktig å ta stilling til underveis i arbeidet med oversettelsen og tolkningen av artiklene. Vi brukte derfor mye tid på oversettelsen av artiklene. Vi har valgt å ta med flere sitater fra de inkluderte artiklene i vår litteraturstudie. For at innholdet i sitatene ikke skal feiltolkes står de på engelsk og er ikke blitt endret på. Dette ser vi på som en styrke ved vår litteraturstudie.

Pasienter som vet de skal dø er en sårbar pasientgruppe, og det er derfor viktig at etiske hensyn blir ivaretatt. I alle våre inkluderte artikler har etiske hensyn blitt ivaretatt. Det at frivillig deltakelse og samtykke fra deltakerne er blitt innhentet skriftlig eller muntlig i alle våre artikler anser vi som en styrke i vår litteraturstudie. Underveis i arbeidet med litteraturstudien har vi hatt en etisk holdning til materialet og måten vi skriver på. Våre egne tanker og holdninger har ikke vært med å prege resultatet til litteraturstudien, og vi har gjennom hele skriveprosessen vært ærlig og redelig. Det at vi har hatt såpass stort fokus på å ivareta de etiske hensynene ser vi på som en styrke for vår litteraturstudie.

5.1.3 Analyse

For å analysere data benyttet vi Evans (2012) 4 faser. Evans 4 faser består av:

Datainnsamling, identifisering av hovedfunn fra hvert enkelt studie, identifisere hovedtema mellom studiene, beskrive hovedtemaene og danne en syntese.

Etter vi hadde funnet frem til de inkluderte artiklene og kvalitetssikret dem, skrev vi ut alle artiklene slik at begge hadde et eksemplar hver. Vi startet med å lese gjennom alle artiklene sammen, og deretter individuelt. Vi markerte hovedfunn og sitater underveis. Dette ser vi på som en styrke for vår litteraturstudie da det gjorde at vi ikke gikk glipp av relevante funn. Det viste seg at begge to hadde oppdaget funn som den andre hadde oversett. For å ha oversikt over alle hovedfunnene skrev vi ned disse i et dokument. Videre knyttet vi sammen hovedfunnene til en enhet, og skrev referansen til det tilhørende datamaterialet bak funnet. Til slutt plasserte vi sammen hovedfunn med undertema.

Vi har vært to om oppgaven, noe vi ser på som en styrke for litteraturstudien. Underveis i datainnsamlingen oppdaget begge funn som den andre hadde oversett. Gjennom hele prosessen har begge kommet med ideer og tanker om hvordan vi kan løse oppgaven på best mulig måte. I tillegg har det for oss føltes tryggere å være to om oppgaven siden vi har fordelt ansvaret.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Lidelse på godt og på vondt

Lidelsen er en kamp mellom det onde og det gode, og mellom lidelse og lyst. Det er vanskelig å forholde seg til lidelsen. Man kan i det ene øyeblikket se på lidelse som noe vondt, og i det neste øyeblikk forsøke å gi den en mening (Eriksson 1995). I følge Fredrik Svenaeus (2005) er helsevesenets oppgave å hjelpe syke mennesker til bedre helse, eller i det minste til mindre lidelse, og legge til rette for en fredfull død. Helsepersonell føler en forpliktelse til å hjelpe den syke, og en forsøker å lindre pasientens plager gjennom å hjelpe den som er rammet. Våre funn viser at for noen personer medfører sykdommen så store smerter og lidelser, at livet er fullstendig meningsløst (Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007). Andre opplever så store smerter at det ikke er mulig å sove (Chapple et al. 2006). Dette kan tyde på at hjelpen enkeltpersoner får fra helsepersonell, ikke er tilstrekkelig. Vi kan diskutere om smerter og lidelse rettferdiggjør eutanasi, men som sykepleiere er våre muligheter til å hjelpe når pasienter lider, begrenset. Likevel må vi som sykepleiere ikke gi opp, og vi må alltid prøve å forstå hva som kan være til hjelp for pasienten. Det er viktig at vi som sykepleiere tar ansvar og diskuterer slike problemstillinger, og vi må kartlegge om smertene er fysisk, psykisk eller eksistensiell. Vi lider av sykdommene våre, og den lidelsen kan opptre i form av smerte, tretthet, uro, angst, rastløshet og at man føler seg uvel. I funnene våre kommer det også frem at smerter, lidelse, og redselen for dette i fremtiden, er for dødssyke en avgjørende faktor for at eutanasi skal bli lovliggjort (Jaklin og Olver 2008, Wilson et al. 2007, Ruijs et al. 2014).

Smerte kan være forbundet med positive opplevelser, som en barnefødsel, men det kan også være forbundet med det stikk motsatte, som en kreftsykdom med døden til følge. Forskjellige personer vil oppleve og uttrykke smerter forskjellig (Kaasa 1998). Dette er sammenfallende med det som kom frem i litteraturstudien vår. Alle ser på smertene forskjellig. Noen synes at smertene aldri er så store at de er uutholdelige, de mener at så lenge man har håp er ingenting uholdbart. Andre mener at smertene gjør livet ulevelig (Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007, Maessen et al. 2010, Ruijs et al. 2014). Som sykepleier er dette viktig kunnskap å ha med seg i sin yrkesutøvelse. Det å ha en forståelse for at lidelse er et subjektivt fenomen er helt avgjørende når man skal ha ansvar for en person med en dødelig sykdom. Som sykepleier har vi ansvar for å hjelpe pasienten til et friskere liv eller, når dette ikke er mulig, et mer

akseptabelt liv (Kristoffersen, Breivne og Nortvedt 2012). Dette vil ha betydning for vår videre praksis, da vi kommer til å møte pasienter med lik dødelig diagnose, men med helt forskjellige sykdomsforløp. Som sykepleier må vi da ha forståelse for at ingen pasienter vil oppfatte en sykdom på samme måte, og dermed kunne ha ulik holdning til eutanasi.

Mange dør etter at kampen mot sykdommen er tapt. I dag gis det livforlengende behandling langt ut over det som er naturlig, og i en del tilfeller gis det også livsforlengelse som mål uten at det er realistisk at dette kan oppnås (Kaasa 1998). I litteraturstudien vår ser vi at mange personer med en dødelig sykdom uttrykker følelsen av å være en byrde for andre (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006, Stutzki et al. 2014, Ruijs et al. 2014, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Wilson et al. 2007). De føler seg som en byrde både ovenfor pårørende og helsepersonell, og det føles feil å motta mye helsehjelp når man likevel vet at man har en sykdom som resulterer i døden. Dødssyke kan derfor føle at det å fremskynde døden vil være en lettelse for de som er involvert. Et liv kan også forlenges ved bruk av tekniske hjelpemidler som respirator og kunstig ernæring, uten at pasientens livskvalitet er tilfredsstillende. Dette kan medføre at sykdommen, lidelsen og smertene blir forlenget uten positiv meningsinnhold (Kaasa 1998). Av funnene våre kommer det fram at det å ikke kunne være like aktiv som tidligere og hele tiden føle seg syk, trøtt og kraftløs forsterker ønsket om eutanasi (Wilson et al. 2007, Maessen et al. 2010, Ruijs et al. 2014). Terminale syke kan føle at de lever et meningsløst liv og at deres behandling er nytteløs. Redselen for å miste flere av sine funksjoner og å gå gjennom en langsom og pinefull død kommer også frem som vanlige årsaker til ønske om eutanasi (Jaklin og Olver 2008, Wilson et al. 2007).

Vi kan spørre oss selv om denne ukritiske bruken av livsforlengende behandling i livets siste dager og uker, oppleves verdig for den det gjelder. Hvem gjør vi egentlig denne livsforlengende behandlingen for? Dette er et spørsmål som kan være vanskelig å svare på, og som vil variere i fra situasjon til situasjon. I følge Mathisen (2012) kan skam, skyldfølelse og opplevelsen av å være til byrde være noe av det som bringer frem ønsket om eutanasi. Dette er sammenfallende med funnene i vår litteraturstudie, da det viser seg at det å miste verdigheten, følelsen av skam, redselen for å ikke bli tatt seriøst og det å føle seg mindre verdt er faktorer som kan bidra til at noen ønsker å fremskynde døden (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Ruijs et al. 2014). Sykepleierens oppgave er å sørge for at pasienten skal ha best mulig livskvalitet fram til

døden inntreffer. Og vi sier oss enige med Kaasa (1998) når han skriver at det er viktig at en sykepleier har innlevelsesevne, kunnskap, fantasi, kreativitet og innsikt i hva det å være alvorlig syk innebærer, for å kunne innfri denne oppgaven. Dette er viktig kunnskap å ta med videre i praksis når det kommer til omsorgen ovenfor pasienten.

5.2.2 Autonomi - Vet vi vårt eget beste?

Autonomi betyr å være selvstyrt eller selvlovgivende, og er i dag en av de mest grunnleggende verdiene i helsetjenesten. Et av argumentene for eutanasi er at mennesket skal ha rett til å bestemme over sin egen behandling og pleie, og at menneskets ønsker skal respekteres (Nortvedt 2012). Det Nortvedt skriver er tilsvarende uttalelsene vi finner igjen i vår litteraturstudie. Funnene våre viser at autonomi er et sterkt argument for eutanasi. Personer med en dødelig sykdom har en holdning som synes at alle skal ha rett til å bestemme selv hva de ønsker å gjøre med livet sitt. Alle burde få muligheten til å ta autonome valg når det kommer til omstendighetene rundt døden og når de skal dø (Chapple et al. 2006, Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007, Booij et al. 2013, Booij et al. 2014, Ruijs et al. 2014). En deltaker uttalte at det at en ikke får velge selv når livet skal avsluttes, ikke gir mening, og det burde ikke vært opp til en domstol å bestemme om når et liv skal avsluttes eller ikke (Chapple et al. 2006).

I dagens moderne samfunn blir det sagt at vi selv vet vårt eget beste, og en bør være sin egen lykkes smed. Hvis vi skal se på denne oppfatningen med kritiske øyne, kan vi spørre oss selv: Kan vi egentlig være sikre på at vi på et gitt tidspunkt vet vårt eget beste (Materstvedt 2005)? De fleste har nok flere ganger gjennom livet sett tilbake og tenkt "nå skjønner jeg hvor dum jeg var den gangen". Altså, vi skjønnte det ikke da, men vi ser det nå (Materstvedt 2005). Et av funnene våre kan illustrere dette. En deltaker forteller at dersom eutanasi hadde vært lovliggjort tidligere, ville vedkommende ha søkt om eutanasi på det tidspunktet, men at denne personen ikke hadde kommet til og søkt den dag i dag (Wilson et al. 2007). Et flertall av de som vurderer eutanasi er yngre og i et tidligere stadium i sykdommen enn de som ikke ønsker eutanasi. Det viser seg også at de som ønsket eutanasi før, men ikke nå, fikk sjokk da de fikk beskjed om at de hadde en dødelig sykdom, men at de har kommet seg igjennom det (Wilson et al. 2007, Booij et al. 2014). Dette viser at holdninger til eutanasi kan forandre seg over tid, og at ønsket om døden kan forandre seg til et ønske om å leve, noe som vil ha betydning for vår videre praksis.

Vi tenker at hvis det er vanskelig å bestemme om det friske mennesket vet sitt eget beste, så vil vi tro at det kan være enda vanskeligere å bestemme om alvorlige syke vet det. I en slik tilstand tror vi at det er mange forhold som kan hemme evnen til rasjonell tenkning og handling. Hvor meningsfullt er det egentlig å si at mennesker med en alvorlig sykdom kan be om eutanasi på autonomt grunnlag? Det er ikke uvanlig at terminalt syke pasienter er klinisk deprimerte, så dette er et vanskelig spørsmål å svare på (Materstvedt 2005). Et av funnene våre viser at ønsket om døden og eutanasi kan variere fra dag til dag, alt etter hvor store smerter personene hadde (Johansen, Hølen og Kaasa 2005). Pasienter med en ukurabel sykdom er ofte svært sårbare. Foran dem står det mange trusler, som atskillelse, død, smerte og lidelse (Kaasa 1998). Samtidig som vi kan sette spørsmålstejn ved om personer med en dødelig sykdom er kapabel til å bestemme selv, kan vi også spørre oss selv som helsepersonell om vi alltid vet pasientens beste. Hvordan kan vi som helsepersonell vurdere om pasienten vet sitt eget beste? Gjennom livet får vi ofte høre av andre "Hvis jeg var deg, ville jeg ha gjort det slik". Utfordringen i denne situasjonen er: Du er ikke meg. Derfor kan ikke du vite hva du ville gjort hvis du var meg skriver Materstvedt (2005). For oss som sykepleiere er det viktig å tørre å gå inn i en diskusjon med pasienten, og ta opp slike viktige spørsmål.

5.2.3 Kan alle forvente en god død?

Som følge av aldring, vil de fleste av oss bli rammet av sykdom og svekkelse. I den siste fasen av livet kan vi bli avhengige av hjelp og omsorg fra andre. Hva kan vi vente oss når døden nærmer seg? Svekkelse av helse og førlighet er normalt, samt økende behov for støtte og omsorg. Vi kan få kroppslige plager. Smerter er også vanlig. Disse plagene og smertene kan lindres, men dessverre er det langt i fra alltid at de blir det (Husebø 2005). Noen av deltakerne fra funnene våre viser at de ønsker legalisering av eutanasi på grunn av at de har sett sine nærmeste ligge for døden, og at de ikke fikk dø på en måte de selv mener er verdig. Dette på grunn av at de "mistet seg selv" og ble et annet menneske i løpet av den siste fasen av livet (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006). Finnes det egentlig en verdig død? Og hva er en verdig død? Vi tenker at døden er en del av naturens gang, og noe vi ikke bør tukle med, samtidig som vi mener at det er uverdige å leve et liv med utholdelige smerter. I funnene våre kommer det frem at mange ser en mening i livet selv om man har fått en sykdom som medfører døden, og at de som er religiøse mener at det å

ta et menneskeliv er moralsk urett og mot deres tro (Jaklin og Olver 2008, Stutzki et al. 2014, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Booij et al. 2014, Booij et al. 2013). En informant forteller at Gud bestemmer når avslutningen av livet skal komme, og at det er feil å gjøre noe med det før den tid kommer (Jaklin og Olver 2008). Men hva med de som ikke ser mening i livet når de har fått dødsbudskapet? Funnene i litteraturstudien viser at for noen mennesker er det å fremskynde døden ett større ønske enn ønsket om å leve (Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011).

På gresk er uttrykket for en god død eutanasi (Mathisen 2012). En god død betyr i de aller fleste tilfeller noe annet enn en sprøyte med dødelig innhold. I følge Husebø (2005) har debatten om eutanasi har pågått i flere tusen år. Hvilken holdning skal samfunnet, enkeltindivider og rettsapparatet ha til utfordringene som oppstår ved livets begynnelse og livets slutt (Husebø 2005)? Funnene våre viser at noen ønsker å dø før kroppen mister sine funksjoner (Jaklin og Olver 2008, Wilson et al. 2007). Dette er holdninger som personer med en dødelig sykdom kan ha, men vi mener at det er feil at det er graden av et handicap som skal avgjøre hvor mye du som menneske er verdt. Kan derfor helsevesenet i Norge ha et tilbud som skal kunne avslutte livet til pasienten når vedkommende ikke lenger ønsker å leve? Dette er et vanskelig spørsmål som det ikke finnes et svar på, men det er en viktig debatt som også sykepleiere skal delta i.

5.2.4 Mangelfull kommunikasjon kan forsterke ønsket om å dø

I følge Averil Stedeford, tidligere psykiater ved Sir Michael Sorbell House, er mangelfull kommunikasjon det som gir personer med langt framskreden kreft mest smerte, nest etter fysiske smerter (Busch 1998). En nødvendig ferdighet er derfor at kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient er god og effektiv. Dette spiller en viktig rolle i behandling og rehabilitering (Kaasa 1998). Vi mener at god kommunikasjon vil danne et styrket tillitsforhold som kan føre til større åpenhet mellom helsepersonell og pasient.

I palliativ medisin er gode kommunikasjonsferdigheter svært viktig, og mange pasienter som er nær døden vil ha behov for hjelp til å forsones seg med den situasjonen de er i (Wist og Kaasa 1998). Vi synes at en sykepleier skal ha gode kommunikasjonsferdigheter, samt være troverdig og tillitsfull. Hvor stor rolle kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient faktisk har å si når det kommer til holdningene pasienten har til eutanasi, kommer

frem i vår litteraturstudie. Funnene våre viser at flere, både kvinner og menn, synes at kommunikasjonen mellom dem selv og sykepleierne er for dårlig. Dette har gjort at de har mistet tilliten til helsepersonellet. Redselen for å ikke få tilstrekkelig hjelp til å lindre smertene og lidelsene, og for hva som møter de i fremtiden, blir så stor at eutanasi blir sett på som et bedre alternativ (Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007). Dette er et funn som er svært viktig at vi tar med oss videre i praksis, da det viser seg at dårlig kommunikasjon og mistillit til helsepersonellet i stor grad er med på å påvirke pasientens holdninger til eutanasi.

Personer som vet at de skal dø er svært sårbare. Samtidig som de kommer med sin sykdom, kommer de med sin engstelse, frykt og bekymring for blant annet sin fremtid. For at pasienten ikke skal være redd for fremtiden er det viktig at helsepersonellet tørr å være til stede når pasientens ulike reaksjoner kommer, og igjen tørr å vise medfølelse (Wist og Kaasa 1998). Vi vil tro at dersom helsepersonellet mestrer dette vil pasienten føle seg trygg. Litteraturstudien vår viser at flere ser på eutanasi eller selvmord som et bedre alternativ når kommunikasjonen er så dårlig at det oppstår mistillit (Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007). På den andre siden er det flere pasienter som opplever god kommunikasjon med helsepersonell og som mener at de får tilstrekkelig omsorg og pleie. Dette gjør at de er trygge på at de vil få tilstrekkelig hjelp i fremtiden, noe som vil bidra til å lindre smertene (Karlsson, Milberg og Strang 2011, Wilson et al. 2007). Dette viser hvor mye kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell er med å påvirke hvilke holdninger pasienten har til eutanasi. Kanskje det i dag er slik at kommunikasjonen til pasienter i livets siste fase ikke er god nok?

Pasienter med en uhelbredelig sykdom kan være preget av motstridende følelser mot helsepersonell. De kan svinge raskt mellom å sette pris på en ivaretagende holdning fra helsepersonellet, til å bli fornærmet over negative holdninger. For at det ikke skal oppstå konflikter mellom helsepersonellet og pasient vil det derfor være viktig at personalet forholder seg til pasienten på en profesjonell måte. Personalets holdninger har svært mye å si for hvordan pasienten skal få det resten av sykdomsperioden (Wist og Kaasa 1998). Vi mener at god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er en forutsetning for god behandling og pleie. Det at dette er noe som vil være med å påvirke pasientens holdninger til eutanasi i stor grad, er noe vi som sykepleiere må være oppmerksom på i vår utøvelse av sykepleie.

5.2.4 Frykten for at det skal misbrukes

Mye av årsaken til at flere er imot eutanasi er redselen for at det skal misbrukes, viser våre funn (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007). I følge Husebø (2005) vil 240 000 personer i Europa hvert år dø som følge av eutanasi, og derav ca. 60 000 som ikke har bedt om det. Loven forskriver at man skal rapportere hver eneste pasient som får utført eutanasi. I Nederland viser det seg at kun 1/3 av tilfellene er blitt rapportert (Husebø 2005). I artikkelen til Jaklin og Olver (2005) uttrykker en kvinne redselen for at enkelte skal se på det som greit, at blant annet utviklingshemmede barn får utført eutanasi. Praksisen viser at det ikke bare er de døende som får eutanasi (Husebø 2005). Også psykiatriske pasienter som blant annet har lidd av depresjon eller sorg, personer med demens og barn med alvorlige handikap, har fått utført eutanasi. Flere stater i USA har konkludert med at faren for misbruk er så stor at en slik lovgivning vil være helt uaktuelt (Husebø 2005). Vi mener at dersom eutanasi blir legalisert, må det være svært strenge krav for at ønsket skal bli innfridd, og at det på ingen måte skal bli en løsning for å slippe utfordrende pasientgrupper. Et viktig spørsmål vi kan stille oss er om legalisering av eutanasi vil føre til at de eldre, personer med demens, barn med handikap, psykiatriske pasienter og andre med sterke smerter og lite følelse av verdighet, kan kjenne på presset om å utføre det, dersom det blir legalisert.

Vil flere syke mennesker kunne komme til å be om eutanasi kun fordi de føler de er til bry? Flere personer med dødelig sykdom forteller at de føler de er en byrde for både pårørende og helsepersonell, og at det å fremskynde døden vil være en lettelse for de som er involvert (Jaklin og Olver 2008, Chapple et al. 2006, Stutzki et al. 2014, Ruijs et al. 2014, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Wilson et al. 2007). En informant fortalte at det mest sannsynlig er verre for pårørende enn hva det er for den dødssyke, på grunn av at som pårørende vil man kunne føle at livet stopper og en er helt hjelpesløs (Jaklin og Olver 2008). Vi mener at dersom det å ta liv blir normalisert, kan det føre til at man ser på det å ta livet av svake grupper i samfunnet, som akseptabelt. En slik holdning er noe vi tar sterkt avstand fra, og er overhode ikke en holdning vi ønsker skal bli formet i samfunnet.

I vår litteraturstudie kommer det frem at flere mener at dersom eutanasi skal bli lovliggjort, er det nødvendig at man må innfri strenge krav for å få oppfylt ønsket om eutanasi, slik at

man ikke avslutter livet til mennesker som det finnes håp for (Jaklin og Olver 2008). I land som tillater eutanasi er det naturligvis regler og krav som må innfris før en kan benytte seg av eutanasi. Dette er blant annet at pasienten må lide av en dødelig sykdom, at det er usannsynlig at pasienten kan dra nytte av en behandlingsform som oppdages i løpet av vedkommendes levetid, at pasienten har uutholdelige smerter som følge av sykdommen, at pasienten har et varig, frivillig og kompetent ønske om å dø, og at pasienten ikke kan ta sitt egen liv uten hjelp fra andre (Stanford Encyclopedia of Philosophy 2014). Selv om det finnes regler for eutanasi, kan man likevel være kritisk til om personen faktisk har prøvd alt før vedkommende gir opp. En informant fra en av artiklene i litteraturstudien vår forteller at, dersom de som ønsker eutanasi hadde hatt hans lege og sykepleiere, ville ikke eutanasi vært nødvendig. Når man er syk kan man få hjelp flere ganger om dagen, natt og dag, og man kan få hjelp til å lindre smertene sine (Karlsson, Milberg og Strang 2011).

5.2.5 Håp kan være avgjørende

I vår litteraturstudie kom det frem at mangel på positivitet, håp for livet og fremtiden, ofte er en av hovedårsakene til at personer med en dødelig diagnose ønsker eutanasi (Chapple et al. 2006, Wilson et al. 2007, Stutzki et al. 2014, Ruijs et al. 2014, Maessen et al. 2010, Karlsson, Milberg og Strang 2011). Det er viktig å vite at håp kan ha flere betydninger og at det kan være alt fra håp om at diagnosen er feil, at slutten på livet ikke skal bli smertefull, en merkedag eller å få oppleve enda en jul (Wist og Kaasa 1998). Som sykepleiere må vi hjelpe den døende pasienten med å endre sitt innhold i begrepet håp etterhvert som sykdommen utvikler seg. Er helsepersonellet for dårlig til nettopp dette? Det viser seg at det er vanskelig for flere å ha håp om en bedre tilstand når man har en dødelig sykdom. Mange føler at dersom det ikke lenger finnes håp, har en heller ingen mål i livet og det blir derfor meningsløst å leve (Jaklin og Olver 2008, Karlsson, Milberg og Strang 2011). I artikkelen til Karlsson, Milberg og Strang (2011) forteller en mann at meningsløshet rettferdiggjør eutanasi. Meningsinnhold i livet og håp hører sammen. Å sette seg mål for fremtiden viser seg å være viktig for at pasienten skal føle at livet er meningsfullt. Uttalelsene i disse artiklene er overensstemmende med det Busch skriver. Pasienter som ikke sikter seg inn mot et mål vil oftere oppleve håpløshet enn pasienter som har forventinger om å nå et mål (Busch 1998). Dette er et funn som har betydning for vår praksis i den grad at vi som sykepleiere er nødt til å hjelpe pasienten til ikke å gi opp

håpet, selv med en dødelig sykdom. Vi mener at det ikke nødvendigvis trenger å være et håp om å bli frisk, men små ting som gir livet mening.

På den andre siden kommer det også frem i vår litteraturstudie at flere ser en mening med livet til tross for at man har en sykdom som medfører døden, og noen mener at det alltid finnes håp om forbedring (Jaklin og Olver 2008, Stutzki et al. 2014, Johansen, Hølen og Kaasa 2005, Wilson et al. 2007, Karlsson, Milberg og Strang 2011, Booij et al. 2014, Booij et al. 2013). Dette er sammenfallende med det Wist og Kaasa (1998) skriver. De fleste døende viser seg å ha håp, til tross for at de vet at sjansen for å leve en stund til, er liten (Wist og Kaasa 1998).

6.0 Konklusjon

6.1 Konklusjon

Hovedfunnene i litteraturstudien er delt inn i fire hovedtema. Når eutanasi sees på som en mulighet, når eutanasi ikke sees på som en mulighet, holdninger hos de som ikke har bestemt seg og helsepersonells rolle påvirker pasientens holdninger til eutanasi.

Personer med en dødelig sykdom har forskjellige holdninger til eutanasi. Holdningene blir blant annet preget av hvordan pasienten opplever smerte og lidelse, og hvordan kommunikasjonen mellom pasienten og helsepersonell erfarer. Hvordan personer takler å ha en dødelig diagnose er svært individuelt, og kan være avgjørende for pasienters holdninger til eutanasi. Faktorer som spiller en stor rolle er håp, mening, troen på en god fremtid og/eller religion.

Flere personer med en dødelig sykdom føler seg som en byrde. De føler seg til bry både overfor familie og helsepersonell, og de føler at det er unødvendig at så mange ressurser blir brukt på dem når det likevel ender med døden. Noen sier at de tror det ville være en lettelse for dem som er involvert når de selv dør. Dette gjør at de ser på eutanasi som en mulighet.

Selv om personer med en dødelig sykdom mener at eutanasi skal legaliseres, betyr det ikke nødvendigvis at personen ønsker det for seg selv. De som ikke ser på eutanasi som en mulighet, er blant annet redd for at eutanasi skal bli misbrukt, og at det er avgjørende at det blir innført strenge lover og regler hvis det blir tillatt.

Det viser seg at en av de vanligste årsakene til at personer med en dødelig sykdom ikke ser på eutanasi som en mulighet, er på grunn av at de er religiøse. Mens det for noen er vanskelig å ha et håp om en bedre tilstand, er det flere som ser en mening med livet til tross for at de har en dødelig sykdom. Andre som er imot lever på troen om at det finnes muligheter som reduserer lidelse, noe som igjen gir de håp om en god fremtid.

I videre praksis har vi som sykepleiere et stort ansvar i å hjelpe pasienten med å holde motet oppe, og hjelpe pasienten å sette nye mål etterhvert som sykdommen utvikler seg. Vi har også et ansvar for å sørge for at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier er

god, i form av at pasienten skal tørre å være åpen og stole på sykepleieren. En av flere grunner til at dette er så viktig, er at det er med på å utforme pasienters holdninger til eutanasi. Som sykepleier har vi en plikt til å aldri gi opp, og til å tørre å ta opp diskusjoner med pasienten om vanskelige spørsmål.

6.2 Forslag til videre forskning

Vi mener at det bør utføres mer forskning på temaet vi har tatt for oss, da vi underveis i arbeidet med litteraturstudien har erfart at det finnes lite av nyere forskning på området. Det bør også forskes mer på kommunikasjonen mellom pasienter som vet at de skal dø og helsepersonell, og på hva helsepersonell kan gjøre for å forbedre tillitsforholdet til denne pasientgruppen.

Referanseliste

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008. "Å finne kunnskap om et tema." I *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*, red. Ida Torunn Bjørk og Marit Solhaug, 56-81. 1. utgave. Akribe AS.

Booij, Suzanne, Aad Tibben, Dick P. Engberts, Johan Marinus og Raymund AC Roos. 2014. "Thinking about the end of life: a common issue for patients with Huntington's Disease." *The Journal of Neurology, Volume 261, Issue 11: 2184-2191.*

<http://dx.doi.org/10.1007/s00415-014-7479-4>

Booij, Suzanne, Verena Rödiger, Dick P. Engberts, Aad Tibben og Raymund AC Roos. 2013. "Euthanasia and advance directives in Huntington's disease: Qualitative analysis of interviews with patients." *Journal of Huntington's Disease, vol. 2, no. 3, pp. 323-330.*

<http://dx.doi.org/10.3233/JHD-130060>

Busch, Christian Juul. 1998. "Håpløshet og håp." I *Palliativ behandling og pleie*, red. Stein Kaasa, 70-76. 1. utgave. Notam Gyldendal.

Cees, Ruijs DM, Gerrit van der Wal, Ad JFM Kerkhofs og Bregje D Onwuteaka-Philipsen. 2014. "Unbearable suffering and request for euthanasia prospectively studied in end-of-life cancer patients in primary care." *BMC Palliative Care, 13:62.*

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-201>

Chapple, A, S Ziebland, A McPherson og A Herxheimer. 2006. "What people close to death say about euthanasia and assisted suicide: a qualitative study." *Law, ethics and medicine 2006;32:706-710.* Ovid Medliner.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2010. «Kvalitativ metode». (Lest 14.05.2016).

<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>

Eriksson, Katie. 1995. *Det lidende menneske*. 1. utgave. TANO AS.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 20 (2), s. 22-25. <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Husebø, Stein. 2005. "Kan alle forvente "en god død"?" I *Uutholdelige liv*, red. Henning Herrestad og Lars Mehlum, 154-193. 1. utgave. Gyldendal Akademisk.

Jaklin, Elliott A. og Ian N. Olver. 2008. "Dying cancer patients talk about euthanasia." *Social Science & Medicine* 647-656. Ovid Medline.

Johansen, Sissel, Jacob Hølen og Stein Kaasa. 2005. "Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit." *Palliative Medicine* 454-460. Ovid Medline.

Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2015. SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie, retningslinjer. Molde: Avdeling for helse- og sosialfag.

Kaasa, Stein. 1998. *Palliativ behandling og pleie*. 1. utgave. Ad Notam Gyldendal.

Karlsson, Marit, Anna Milberg og Peter Strang. 2011. "Suffering and euthanasia: a qualitative study of dying cancer patients' perspectives." *Support Care Cancer* 20:1065-1071. Ovid Medline.

Kristoffersen, Nina Jahren, Grete Breievene og Finn Nortvedt. 2012. "Lidelse, mening og håp." I *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 246-293. 2. utgave. Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsbasert praksis. 2012. "Kohortstudie." (Lest 29.10.2015).

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/prdliste/kohortstudie/>

Kunnskapsbasert praksis. 2012. "Kvalitativ metode." (Lest 29.10.2015).

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode/>

Kunnskapscenteret for helsetjentesten i Folkehelseinstituttet. 2015. "Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar." (Lest 10.12.15).

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Maessen, Maud, Jan H.Veldink, Leonard H.van den Berg, Henrike J.Schouten, Gerrit van der Wal, Bregje D.Onwuteaka-Philipsen. 2010."Request for euthanasia: a origin of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients." *J Neurol*, 257:1192-1198.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00415-010-5474-y>

Materstvedt, Lars Johan. 2005. "Hvordan skal man dø?" I *Uutholdelige liv*, red. Henning Herrestad og Lars Mehlum, 123-126. 1. utgave. Gyldendal Akademisk.

Mathisen, Jorunn. 2012. "Sykepleie ved livets avslutning." I *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 296-335. 2. utgave. Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, Per. 2012. "Livshjelp, lindring og begrensning av medisinsk behandling." I *Omtanke*, red. Per Nortvedt, 202-214. 1. utgave. Gyldendal akademisk.

Norsk rikskringkasting. 2014. "Tillater aktiv dødshjelp for barn". (Lest 03.12.15).

<http://www.nrk.no/urix/tillater-aktiv-dodshjelp-for-barn-1.11540719>

Ofstad, Jarle. 2006. *Den siste hjelper*. 1. utgave. Oslo: Arneberg Forlag.

Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2014. "Five conditions often proposed as necessary for candidacy for voluntary euthanasia." (Lest 01.03.16).

<http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/#Fiv>

Stutzki, Ralf, Markus Weber, Stella Reiter-Theil, Urs Simmen, Gian Domenico Borasio og Ralf J. Rox. 2014. "Attitudes towards hastened death in ALS: A prospective study of patients and family caregivers." *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 15:1-2, 68-76. <http://dx.doi.org/10.3109/21678421.2013.837928>

Svenaesus, Fredrik. 2005. "Møte med det syke mennesket - helsevesenets nav." I *Sykdommens mening - og møtet med det syke mennesket*, red. Henning Svenaesus, 109-126. 1. utgave. Gyldendal Akademisk.

Wilson, Keith G, Christine J. McPherson, Pierre Allard, Pierre R. Gagnon, Marina De Luca, David Kuhl, Harvey Max Chochinov et al. 2007. "Desire for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in Palliative Cancer Care." *Health Psychology*, 314-323. Ovid Medline.

Wist, Erik og Stein Kaasa. 1998. "Å kommunisere med den alvorlige syke pasienten." I *Palliativ behandling og pleie*, red. Stein Kaasa, 101-115. 1. utgave. Notam Gyldendal.

Vedlegg 1 – PI(C)O-skjema

P	I	C	O
Døende Døden Avslutningen på livet Dødssyk Pasient Lide	Eutanasi		Holdning Tanker Opplevelse Tenke Prate
Dying Death End of life Terminal* ill Patient Suffer	Euthanasia		Attitude Thoughts Experienc* Think* Talk

Vedlegg 2 – Oversiktstabell over innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Artikkel nummer	1
Forfattere År Land Tidsskrift	Booij, Suzanne, Aad Tibben, Dick P Engberts, Johan Marinus og Raymund AC Roos. 2014. Nederland. <i>Journal of Neurology</i> 11-12.
Tittel	”Thinking about the end of life: a common issue for patients with Huntington’s Disease”.
Hensikt	Hensikten er å undersøke tanker og ønsker om avslutningen på livet hos pasienter med Huntingtons sykdom.
Metode/instrument	Kvantitativ studie. En selvlaget spørreundersøkelse, basert på en foregående kvalitativ undersøkelse.
Deltakere/fracfall	134 personer med Huntingtons sykdom ønsket å delta i studien.
Hovedfunn	Å se sine nærmeste lide forsterker pasientens ønske om eutanasi. Det å bestemme over sin egen kropp og fremtid var også argumenter for. Trenden for de som ikke ønsket eutanasi var at de var religiøse.
Etisk vurdering	Ikke etisk godkjent, men deltakerne i undersøkelsen fikk informasjon om hva studien gikk ut på, samt at de ble anonymisert.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av god kvalitet.
Artikkel nummer	2
Forfattere År Land Tidsskrift	Booij, Suzanne, Verena Rödiger, Dick P Engberts, Aas Ribben og Raymund AC Roos. 2013. Nederland. <i>Journal of Huntington's Disease</i> , vol. 2, no. 3, pp. 323-330.
Tittel	”Euthanasia and advance directives in Huntington’s disease. Qualitative analysis of interviews with patients”.
Hensikt	Kartlegge hvilke tanker og holdninger pasienter med Huntingtons sykdom har om eutanasi og legeassistert selvmord.
Metode/instrument	Kvalitativ studie med semistrukturert intervju. 14 tilfeldige pasienter med Huntingtons sykdom plukket ut fra en poliklinikk.
Deltakere/fracfall	19 personer med Huntingtons sykdom ble spurt om å delta, 14

	samtykket.
Hovedfunn	Hovedargumentene til at noen ønsket å avslutte livet var at de hadde sett familiemedlemmer lide av sykdommene. Flere ville kontrollere selv hvordan avslutningen på livet skulle være. Noen var usikre eller hadde ingen tanker om hvordan de ønsket å avslutte livet.
Etisk vurdering	Studien er ikke etisk godkjent, men av god kvalitet grunnet god informasjon til de som deltok i studien og anonymisering.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av god kvalitet.
Artikkel nummer	3
Forfattere År Land Tidsskrift	Cees, Ruijs DM, Gerrit van der Wal, Ad JFM Kerkhos og Bregje D Onwuteaka-Philipsen. 2014. Nederland. <i>BMC Palliative Care, 13:62</i>
Tittel	”Unbearable suffering and request for euthanasia prospectively studied in end-of-life cancer patients in primary care”.
Hensikt	Hensikten er å finne ut hvordan uutholdelige smerter fører til ønske om eutanasi hos pasienter med kreft i primærhelsetjenesten.
Metode/instrument	Kvantitativ studie. Et prospektivt studie ble utført hos pasientene som hadde en forventet levetid på 6 måneder. Hver 2. måned ble lidelsene til pasientene vurdert i et omfattende instrument som heter for “SOS-V” (State of suffering).
Deltakere/fracfall	176 personer med uhelbredelig kreft deltok i studien.
Hovedfunn	De gjentakende årsakene til ønsket om eutanasi var redselen for å miste kontrollen. Andre faktorer som spilte en rolle for ønsket om eutanasi var blant annet autonomi, å miste verdighet, redselen for fremtiden og å være til byrde for andre.
Etisk vurdering	Studien er etisk godkjent av “The Medical Ethics Committee at the VU University Medical Center”
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av god kvalitet.
Artikkel nummer	4
Forfattere År Land Tidsskrift	Chapple, A, S Ziebland, A McPherson og A Herxheimer. 2006. England. Law, ethics and medicine 32:706-710.

Tittel	”What people close to death say about euthanasia and assisted suicide: a qualitative study”.
Hensikt	Finne ut hva pasienter med en terminal sykdom mener om eutanasi og assistert selvmord.
Metode/instrument	Kvalitativ studie. Studien brukte metoden fortellende intervju.
Deltakere/fracfall	18 personer med en dødelig sykdom ble intervjuet.
Hovedfunn	Flere av de som var for eutanasi argumenterte med at de burde få bestemme over sitt eget liv. Flertallet av disse hadde sett familiemedlemmer gått gjennom en lidelse. Redselen for å miste kontrollen og å være en fysisk og finansiell byrde var med på å styrke ønsket om eutanasi. Noen var usikre på hvor de stilte seg i forhold til eutanasi, mens andre var redde for at det skulle bli misbrukt.
Etisk vurdering	Godkjent av en etisk komite.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av svært god kvalitet.
Artikkel nummer	5
Forfattere År Land Tidsskrift	Jaklin, Eliott A. og Ian N. Olver. 2008. Australia. <i>Social Science & Medicine</i> 647-656.
Tittel	”Dying cancer patients talk about euthanasia”.
Hensikt	Finne ut hva døende kreftpasienter tenker om eutanasi.
Metode/instrument	Kvalitativ studie. Pasienter fra sykehuset ved palliativ og onkologisk klinikk ble spurt om å være med på studien. Studien besto av et intervju. Intervjuet ble utført verbalt, og i tillegg tatt opp.
Deltakere/fracfall	28 pasienter med uhelbredelig kreft deltok i studien.
Hovedfunn	Lidelse og autonomi var noen av hovedgrunnene til at flere var positive til eutanasi. Flesteparten av deltakerne i denne studien var for eutanasi, men de som var i mot hadde flere bekymringer og var redde for at det skulle misbrukes.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av “The hospital ethics committee”.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av god kvalitet.
Artikkel nummer	6
Forfattere	Johansen, Sissel, Jacob Chr. Hølen, Stein Kaasa, Jon Håvard

År Land Tidsskrift	Loge og Lars Johan Materstvedt. 2005. Norge. <i>Palliativ Medicine 19:454-460</i>
Tittel	“Attitudes towards and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit”.
Hensikt	Finne ut hvilke holdninger personer med uhelbredelig kreft har til eutanasi.
Metode/instrument	Kvalitativ studie. Metoden som ble brukt var et semi-strukturert intervju.
Deltakere/fracfall	18 pasienter med kreft med en forventet levealder på under 9 måneder ble intervjuet i denne studien.
Hovedfunn	Lidelse og smerter var hovedgrunnene til at noen var positive til eutanasi. Redselen for fremtidig smerte og/eller nedsatt livskvalitet var med på å gjøre deltakerne positive til eutanasi. De fleste som hadde negative til eutanasi, var det på grunn av religiøse eller etiske holdninger. Mistillit til helsepersonell kan føre til at eutanasi er et bedre alternativ enn å leve.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av “The Regional Committee for Medical Research Ethics”.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av svært god kvalitet.
Artikkelnummer	7
Forfattere År Land Tidsskrift	Karlsson, Marit, Anna Milberg og Peter Strang. 2011. Sverige. <i>Support Care Cancer 20:1065-1071.</i>
Tittel	”Suffering and euthanasia: a qualitative study of dying cancer patients’ perspectives”.
Hensikt	Finne ut kreftsykes synspunkter på eutanasi.
Metode/instrument	Kvalitativ studie. Deltakerne ble intervjuet.
Deltakere/fracfall	66 pasienter med kreft i palliativ fase ble intervjuet. 54 av pasientene ble intervjuet i perioden 1997-1998, og resten i 2007.
Hovedfunn	Lidelse er et argument både for og mot eutanasi. De som er for eutanasi synes at lidelsen rettferdiggjør eutanasi på grunn av at man skal slippe å leve med store smerter, være redd for fremtidlige smerter og miste kroppslige funksjoner. De mot eutanasi mener at man må ha håp og at man alltid klarer å komme seg igjennom lidelsen. God kommunikasjon og tillit til

	helsepersonell er avgjørende for om personen ønsker eutanasi eller ikke.
Etisk vurdering	Studien er etisk godkjent av “the regional board of ethics”.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av svært god kvalitet.
Artikkel nummer	8
Forfattere År Land Tidsskrift	Maessen, Maud, Jan H.Veldink, Leonard H.van den Berg, Henrike J.Schouten, Gerrit van der Wal, Bregje D.Onwuteaka-Philipsen. 2010. Nederland. <i>J Neurol</i> , 257:1192-1198.
Tittel	”Request for euthanasia: origin of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients”.
Hensikt	Å finne ut hovedårsakene til hvorfor pasienter med ALS, hjertesvikt og kreft ønsker eutanasi.
Metode/instrument	Kvalitativ studie, samtaler med deltakerne.
Deltakere/fracfall	51 pasienter med ALS, 61 pasienter med hjertesvikt og 73 pasienter med kreft deltok i studien. Alle deltakerne hadde en uhelbredelig sykdom, og var døddssyke.
Hovedfunn	Hovedårsakene til at de fleste i denne artikkelen var positive til eutanasi, var på grunn av somatiske årsaker. Redselen for fremtidlige smerter, lidelse, være til bry, miste verdigheten og mangel på håp, var tilstander som kan rettferdiggjøre eutanasi.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av “The Medical Ethical Committe”.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av god kvalitet.
Artikkel nummer	9
Forfattere År Land Tidsskrift	Stutzki, Ralf, Markus Weber, Stella Reiter-Theil, Urs Simmen, Gian Domenico Borasio og Ralf J.Jox. 2013. Tyskland og Sveits. <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration</i> 15:1-2, 68-76.
Tittel	“Attitudes towards hastened death in ALS: A prospective study of patients and family caregivers”.
Hensikt	Holdninger personer med ALS og deres pårørende har til å fremskynde døden.

Metode/instrument	Kvantitativ tilnærming. En prospektiv kohort-studie som gikk over 13 måneder.
Deltakere/fracfall	66 pasienter med ALS og 62 pårørende deltok i studien.
Hovedfunn	Nedsatt livskvalitet, angst, depresjon, ensomhet og følelsen av å være en byrde for andre var hovedfaktorene til at noen var positive til eutanasi. Flere hadde tenkt tanken på å begå selvmord på grunn av sykdommen. Flesteparten av de som var religiøse hadde ikke et ønske om å fremskynde døden.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av "The local research ethics committees".
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av god kvalitet.
Artikkel nummer	10
Forfattere År Land Tidsskrift	Wilson, Keith G, Christine J. McPherson, Pierre Allard, Pierre R. Gagnon, Marina De Luca, David Kuhl, Harvey Max Chochinov et al. 2007. Canada. <i>Health Psychology, 314-323.</i>
Tittel	"Desire for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in Palliative Cancer Care".
Hensikt	Finne ut holdningene som kreftsyke i en palliativ fase har til eutanasi, og å kartlegge hvem som personlig ønsker en slik død.
Metode/instrument	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.
Deltakere/fracfall	379 personer med kreft i en palliativ fase ble intervjuet.
Hovedfunn	De som har positive holdninger til eutanasi, har det på grunn av autonomi, lidelse, smerter og at de er redd for å være til bry. De med negative holdninger til eutanasi er ofte religiøse, og mener at det er moralskt urett, at man må ha håp og at det er en unødvendig handling å utføre. Noen har ønsket eutanasi for seg selv tidligere, men ikke nå.
Etisk vurdering	Studien er ikke godkjent av en etisk komite. Pasientene ble informert om studien før intervjuene startet og deltakerne ble anonymisert.
Vurdering av kvalitet	Vurdert til en artikkel av svært god kvalitet.

Vedlegg 3 – Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dying or death or end of life or terminal* ill or patient* or suffer* and euthanasia and attitude or thoughts or experienc* or think* or talk. Limit to yr 2010-current, limit to (english or danish or norwegian or swedish), limit to age (young adult or adult or middle aged (45-64) or all aged (65+)	Ovid Medline	167	167	5	5
Dying or death or end of life or terminal* ill or patient* or suffer* and euthanasia and attitude or thoughts or experienc* or think* or talk. Limit to yr 2005-2009, limit to (english or norwegian or danish or swedish), limit to age (young adult or adult or middle aged (45-64) or all aged (65+)	Ovid Medline	183	183	9	4
Patient or suffer* or dying and euthanasia and attitude or request. Limit to yr 2010-current, limit to (english, norwegian, danish and swedish)	Ovid Medline	190	190	1	1
Dying or death or end of life or terminal* ill or patient* or suffer* and euthanasia and attitude or thoughts or experienc* or think* or talk.Limit to yr 2010-2016, limit to	Proquest	1 642 363	0	0	0

(norwegian, english, danish, swedish)					
------------------------------------------	--	--	--	--	--

Vedlegg 4 - Liste over relevante funn

Oversikt over hvor og hvor ofte hver enkelt artikkel har blitt henvist til i resultatdelen (se nummerering av artikler i vedlegg 2).

4.1 Når eutanasi sees på som en mulighet

4.1.1 Lidelse: 1, 1, 1, 3, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 5, 5, 5, 5, 6, 6, 7, 7, 7, 8, 9, 9, 10, 10, 10, 10

4.1.2 Utfordringer: 1, 2, 3, 4, 4, 5, 5, 5, 6, 6, 6, 6, 6, 6, 6, 7, 8, 8, 10, 10

4.1.3 Autonomi – viktig for mange: 1, 2, 3, 3, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 5, 5, 5, 6, 6, 7, 10, 10

4.1.4 Når verdighet, tro, håp og mening forsvinner: 1, 3, 3, 4, 4, 5, 5, 6, 6, 7, 8, 8, 8, 9, 9, 10, 10, 10

4.1.5 Pårørende spiller en rolle: 1, 2, 3, 4, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 10, 10

4.2 Når eutanasi ikke sees på som en mulighet

4.2.1 Når tro, håp og mening finnes: 1, 2, 4, 4, 5, 5, 5, 6, 6, 6, 7, 7, 7, 9, 10, 10, 10,

4.2.2 Lidelse: 5, 5, 5, 6, 6, 6, 6, 6, 7, 7, 7, 10, 10,

4.2.3 Redd for misbruk: 4, 4, 5, 5, 5, 10

4.3 Holdninger hos de som har bestemt seg

1, 2, 2, 2, 3, 4, 5, 5, 5, 7, 10

4.4 Helsepersonells rolle påvirker pasientens holdninger til eutanasi

4, 5, 6, 7, 9, 10, 10