

Livshjälp, dödshjälp och palliativ vård i livets slut

Reviderad 2024





Tack vare Svensk sjuksköterskeförenings medlemmar har vi haft möjlighet att skapa denna publikation. Med stolthet för sjuksköterskans profession sedan 1910.

Produktionsfakta

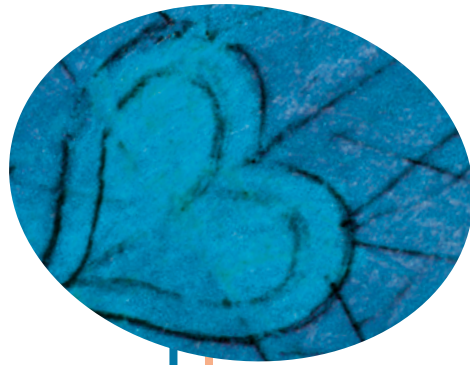
Utgivare: Svensk sjuksköterskeförening, 2024

Grafisk form: Losita Design AB

Illustrationer: PhotoDisc

År: 2024

ISBN: 978-91-85060-76-4



Förord

Frågan om dödshjälp är komplex vilket gör att diskussionen om dödshjälp och vård i livets slutskede behöver breddas, problematiseras och medvetandegöras. Idag har Sverige en lagstiftning som förbjuder dödshjälp. Många länder har under de senaste åren infört möjligheter till självvalt livsslut och diskussion förs av och till även i Sverige.

Som sjuksköterskor kan vi, i likhet med annan hälso- och sjukvårdspersonal, få frågor och delges tankar om dödshjälp från livströtta, svårt sjuka eller döende personer. Det finns exempel på situationer där personer, oavsett om vården fungerar optimalt eller inte, har en vilja att få sitt liv förkortat. Skälen är viktiga att diskutera och bekräfta. I mötet med sådana önskemål från patienten kan frågor och funderingar väckas hos sjuksköterskor kring om det är moraliskt rätt eller fel att hjälpa någon att avsluta sitt liv.

I livets slutskede har alla rätt till bästa möjliga omvårdnad, smärtlindring samt dämpning av ångest och oro på det sätt som bäst hjälper den enskilda patienten. En nära och tillitsfull relation mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna bedöma lidandets orsaker och kunna planera för och utföra åtgärder som lindrar lidande samt främjar välbefinnande.

Sjuksköterskornas etiska råd anser att god palliativ vård kan göra skillnad även för de personer som uttrycker en vilja att avsluta sitt liv och att palliativ vård alltid ska erbjudas. Rådet eftersträvar mer fokus på en jämlik och högkvalitativ palliativ vård där varje enskild patients livssituation utgör grunden för sjuksköterskans omvårdnad. För att klara att möta dessa patienters lidande krävs resurser i form av professionella och personliga kompetenser, etisk medvetenhet och jämlik tillgång till palliativ vård.



Tre omvårdnadsforskare inom palliativ vård, Joakim Öhlén, Birgit Rasmussen och denna gång även Anna O`Sullivan, har uppdaterat det kunskaps- och diskussionsunderlaget som publicerades första gången år 2018.

Underlaget syfte är att främja diskussion och reflektion kring frågor om dödshjälp. Underlaget tar inte ställning för eller emot dödshjälp, utan ambitionen är att bidra till kunskapen om och problematisering av centrala begrepp som eutanasi, dödshjälp, assisterat suicid och självmalt livsslut.

Sjuksköterskornas etiska råds förhoppning är att underlaget ska inspirera sjuksköterskor att diskutera dessa svåra och viktiga frågor sinsemellan och med övrig vårdpersonal samt delta i den offentliga debatten. Dessutom är förhoppningen att underlaget används i lärosätenas utbildning av sjuksköterskor och specialist-sjuksköterskor.

Sjuksköterskornas etiska råd



Livshjälp, dödshjälp och palliativ vård vid livets slut

Joakim Öhlén¹, Anna O’Sullivan² och Birgit H Rasmussen³

- ¹ Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet och Palliativt centrum vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg (Joakim Öhlén är även vetenskapligt råd i palliativ vård för Svensk sjuksköterskeförening)
- ² Institutionen för vårdvetenskap, Palliativt Forskningscentrum, Marie Cederschiöld högskola, Stockholm
- ³ Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet och Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet

Inledning

Inom vårdprofessionerna och i allmänheten pågår av och till debatt kring eutanasi, det vill säga om det ska vara tillåtet att hjälpa svårt sjuka människor att avsluta sitt liv. Som sjuksköterskor kan vi få frågor och funderingar kring detta i omvårdnaden av svårt sjuka och döende personer. Vi kan också ställas inför situationer där närstående är osäkra och till exempel frågar om inte det är aktuellt med dropp eller sondmat för inte att ”svälta ihjäl”. Därför är det viktigt att vi har kunskap om lagstiftning och begrepp kring eutanasi.

Frågor om livets slut, hur livet avslutas, om hjälp och stöd att leva i livets slut och om dödshjälp är i grunden frågor om värden och etik. Vissa frågor om hur exempelvis livets slut kan vara – eller om förekomst av olika ställningstaganden – kan besvaras empiriskt, men inte värdefrågor om vad som är etiskt försvarbara ställningstaganden.

Den här skriften ger exempel på vanligt förekommande termer och begrepp och hur de förändrats över tid, värdekonflikter och dilemman knutna till dödshjälp och livshjälp i livets slut samt empiriska resultat knutet till frågorna.

Lagstiftningen i Sverige

Dödshjälp är enligt svensk lag förbjudet, likaså är det brottsligt att hjälpa någon att ta sitt liv. Regeringen tog ställning i frågan 1997 genom att i en skrivelse [1] klargöra att läkarnas uppgift är att rädda liv. Endast åtgärder för att åstadkomma en värdig död får vidtas, till exempel att ge smärtstillande medel för att minska

Litteraturunderlag

Denna sammanställning baseras huvudsakligen på internationella litteraturstudier om aktuell forskning knuten till frågor om dödshjälp och temanummer om dödshjälp i den nordiska tidskriften Omsorg (nr 2, 2016) och Palliativ vård (nr 1, 2023), vilket kompletterats med urval av policydokument och aktuell diskussion.

lidande och att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling när det inte gagnar patienten. År 2008 beskrev Statens Medicinsk Etiska råd (SMER) fem olika insatser vid livets slut [2, 3].

Först tre typer av insatser som utförs lagligt i Sverige och vilka är del av vårdens praxis:

1) avstå från att inleda livsuppehållande behandling, då det sker på:

- patientens initiativ
- läkares initiativ

2) avbryta livsuppehållande behandling, då det sker på:

- patientens initiativ
- läkares initiativ

3) erbjuda palliativ behandling inklusive palliativ sedering, då det sker på:

- patientens initiativ
- läkares initiativ

SMER klargör även två typer av insatser som är i strid mot svensk lagstiftning [2, 3]:

4) erbjuda läkarhjälp vid förskrivning av läkemedel vid ett självvalt livsslut

5) erbjuda aktiv läkarhjälp vid självvalt livsslut

En eller båda av dessa två sista insatser används däremot i dag lagligt i en del andra länder. År 2023 var självvalt livsslut för vuxna legaliserat i (med vissa variationer i lagstiftningen): Australien (vissa delstater), Belgien, Colombia, Kanada, Luxemburg, Nederländerna, Nya Zeeland, Portugal, Schweiz, Spanien, Tyskland, Österrike och USA (vissa delstater).

Vidare var självvalt livsslut legaliserat vid psykiatriska tillstånd i Belgien, Luxemburg, Nederländerna, Schweiz och USA samt för barn i Belgien, Colombia och Nederländerna [4].



Insatser som innefattar att avstå från att inleda eller avsluta livsuppehållande behandling och att ge palliativ sedering är lagligt i Sverige och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Från "passiv och aktiv dödshjälp" till "behandlingsbegränsning" och "eutanasi"

Tidigare har eutanasi ofta beskrivits i termer av "aktiv och passiv eutanasi/dödshjälp", men numera rekommenderas att dessa begrepp inte används [5, 6]. Anledningen är primärt för att eutanasi i Sverige är olagligt. Per definition är eutanasi alltid aktiv och kan enbart vara frivillig om den efterfrågas och initieras av patienten, annars är det alltid mord [7].

Insatser som innefattar att avstå från att inleda eller avsluta livsuppehållande behandling och att ge palliativ sedering är lagligt i Sverige och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om begreppet "passiv eutanasi" skulle användas för dessa insatser så bli det missvisande [7].

Beslut om att avstå från behandling eller "behandlingsbegränsning" är en mer korrekt spegling av verkligheten eftersom syftet inte är att hjälpa patienten att dö, utan att ge en döende person hjälp att leva tills döden inträder [7, 8].

Behandlingsbegränsningar innebär att undvika insatser som inte är för patientens bästa för en person som i kort perspektiv inte bedöms ha möjlighet att överleva till exempel dialys, respiratorbehandling, vätske- eller näringstillförsel.

Att avstå från eller avsluta livsuppehållande behandling har varit tillåtet sedan tidigare i Sverige och är prövat och godkänt av Socialstyrelsen 2011 [9]. Vad som emellertid inte skall avslutas – utan alltid erbjudas – är palliativ vård (lindrande vård). Idag finns internationell konsensus om att patienter med progredierande och livsbegränsande sjukdom och i livets slut ska erbjudas palliativ vård (lindrande vård) och behandling [8, 10].

I relation till begreppet Eutanasi används flera olika termer och betydelser som kan vara intressant att känna till, reflektera över och eventuellt ta ställning till. "Självvalt livsslut" på patientens begäran är ett begrepp som inkluderar flera betydelser och där flera termer förekommer [2, 3, 11]:

/ forts. nästa sida

Palliativ vård

Att avstå från eller avsluta livsuppehållande behandling har varit tillåtet sedan tidigare i Sverige och är prövat och godkänt av Socialstyrelsen 2011. Vad som emellertid inte ska avslutas – utan alltid erbjudas – är palliativ vård (lindrande vård).

"Dödshjälp"

- En insats som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död [6].

"Eutanasi"

- En läkare (eller någon annan) ger dödliga doser av läkemedel för att avsluta patientens liv på ett smärtfritt sätt [2, 3, 11].

"Assisterat dödande" och "läkarassisterat självmord"

- En läkare skriver ut läkemedel som en patient själv kan ta i syfte att korta sitt liv [2, 3, 11].

De många termer och begrepp som används speglar en variation av värderingar. I exempelvis Norges strafflagstiftning från 2015 beskrivs eutanasi som "der som noen med eget samtykke är drept" [5, s. 10] och som "en leges intenderte drap på en person ved at injisere medikamenter på personens frivillige og kompetente föresprøgelse" [12, s. 95].

I Quebec, Kanada, beskrivs eutanasi som vård (care). I Oregon, USA, i lagen "Death with dignity act" (vilken reglerar läkarassisterat självmord) nämns inte detta begrepp men däremot används en formulering om att avsluta sitt liv på ett humant och värdigt sätt. Enligt Materstvedt och Kaasa [12] kan detta ses som en omdefiniering av verkligheten med motiveringen att användning av begrepp som "death with dignity" förskönar och beslöjar verkligheten. De menar därför att detta inte är ett konstruktivt bidrag i debatten om komplexa frågor knutet till livshjälp, palliativ vård och eutanasi. I litteraturgenomgången av Statens medicinsk-etiska råd från 2017 används huvudsakligen "eutanasi" och "assisterat dödande".

I denna text försöker vi att förhålla oss neutrala till denna diskussion genom att huvudsakligen använda begreppet "självalt livs slut" för både "eutanasi" och "assisterat dödande".

Vidare berör definitionerna av eutanasi huvudsakligen läkares agerande medan sjuksköterskor sällan nämns. Ett undantag är den nya lagen i Kanada som anger att både läkare och sjuksköterskor (dock endast nurse practitioners) kan utföra eutanasi och assisterat dödande [12, 13]. Detta är unikt i internationellt perspektiv.

Adekvat vård i livets slut – palliativ vård

Det finns internationellt, inklusive i Sverige, konsensus om att lindrande vård är angeläget ju närmare livets slut en person är [8]. Palliativ vård är då rekommenderad, det vill säga en vård som avser att lindra, trösta och ge möjlighet till livskvalitet trots progressierande livsbegränsande och obotliga tillstånd.

Palliativ vård inbegriper att aggressiva och invasiva åtgärder ska vägas mot risken för att sådana kan åsamka patienten lidande och sänka livskvaliteten. Bland sådana åtgärder finns tillförsel av vätska och näring via infusioner och sonder den sista tiden i livet samt att inte påbörja hjärtlungräddning till personer som på förhand bedöms sakna utsikter att genomgå det med lyckat resultat relaterat till sjukdomssituationen.

Det kan också handla om deaktivering av implanterbara defibrillatorer och pacemakers. I Sverige har Socialstyrelsen utformat nationella riktlinjer i form av ett kunskapsstöd [14] och professionerna har utarbetat ett nationellt vårdprogram som stöd för utformning av palliativ vård [15].

Om möjligheterna till symtomlindring i livets slut är uttömda kan palliativ sedering övervägas – det vill säga en medveten påverkan av vakenhetsgraden hos en patient i livets slutskede i syfte att uppnå lindring vid outhärdliga symtom [16, 17]. Målet är alltid att ge patienten möjlighet till symtomlindring – inte att påskynda döden. Palliativ sedering i palliativt syfte förutsätter en medicinsk ordination som enligt etiska riktlinjer bör beslutas i samråd med specialist i palliativ medicin eller i vissa fall anestesilog [16]. Det handlar om att administrera en lägsta dos sedativa "... som ger fullgod symtomlindring med ett minimum av biverkningar" [18, s. 1083].

Palliativ sedering som medför påtaglig sänkning av medvetandet är bara aktuell i livets absoluta slutskede, det vill säga när en person bedöms ha dagar eller max 1–2 veckor kvar att leva. Behandlingen ska utvärderas fortlöpande och beslutsunderlaget ska dokumenteras.

Två nivåer av palliativ sedering urskiljs: en första med symtomlindring och avslappning utan påverkan på medvetandet och en andra där patienten försätts i väckbar sömn [17]. Litteraturen visar varierande siffror över hur stor andel av patienter som får palliativ sedering i livets slut [19, 20] och det har även förändrats över tid.

Två nivåer

Två nivåer av palliativ sedering urskiljs: en första med symtomlindring och avslappning utan påverkan på medvetandet och en andra där patienten försätts i väckbar sömn.

Etiska dilemman och värdekonflikter

Som sjuksköterska kan etiska dilemman och värdekonflikter uppstå vid frågor om hjälp med att avsluta sitt liv från patienter och/eller från närstående då självalt livsslut i Sverige inte är tillåtet. Det kan också uppstå konflikter mellan patientens, närståendes, kollegors och ens eget perspektiv på frågor om döds- hjälp. Patienters och närståendes frågor om hjälp att dö kan vara grundade i tydliga övertygelser, men kan också vara rop om hjälp och lindring av andra slag. Det är därför viktigt att föra dialog om vad dessa frågor står för och betyder för personen.

Vid analys av etiska dilemman knutna till frågor om dödshjälp anges i litteraturen att flera aspekter bör beaktas, så som: (a) om personens lidande är outhärdligt, irreversibelt och hopplöst, omfattning och karaktär på smärtor och andra besvär, (b) avsaknad av förmåga att leva eller utföra handlingar självständigt till följd av kraftig funktionsnedsättning, (c) avsaknad av möjlighet till att kommunicera, verbalt och icke-verbalt, (d) förväntat beroende av framtida omfattande medicinska insatser, (e) om lidandet förväntas öka, samt (f) omfattningen och karaktären på det medicinska tillståndet [21].

Ur etiskt perspektiv kan flera aspekter behöva beaktas. Till exempel är "Outhärdligt lidande" (unbearable suffering) kärnan i lagstiftning om självalt livsslut, då det utgör ett centralt kriterium. Begreppet definieras dock inte samstämmigt, men föreslås betyda:

Unbearable suffering in the context of a request for EAS [euthanasia or physician-assisted suicide] is a profoundly personal experience of an actual or perceived impending threat to the integrity or life of the person, which has a significant duration and a central place in the person's mind. [22, s. 350].

Denna definition kan förespråkas eftersom den pekar på potentiella dilemman som vårdpersonal behöver förhålla sig till och att personalen också kan behöva ta reda på hur patienten upplever lidande (hot mot sin existens) tidigt under sjukdomsförloppet. Det går inte att avvakta med att identifiera och åtgärda lidande tills det blivit outhärdligt.

Det blir också väsentligt att försöka förstå patientens lidande när det leder till en persons önskemål om dödshjälp [22]. Vid eutanasi för nyfödda har detta motiv kompletterats med att det inte ska finnas andra medicinska möjligheter att lindra lidandet [21]. Outhärdligt lidande är omdiskuterat och både förespråkats och ifrågasatts som kriterium [22].

Omdiskuterat

"Outhärdligt lidande" är omdiskuterat och både förespråkats och ifrågasatts som kriterium.

Etiska argument avseende dödshjälp i förhållande till omvårdnad kan kopplas till flera etiska principer såsom autonomi, inte skada, göra gott och rättvisa [23] men också till omvårdnadens karaktär och begrepp. Utmärkande är att argument både för och emot kan ta stöd i samma principer, värderingar och teoretiska antaganden [24].

De situationer som kan uppstå i relation till inledning och avslutande av livsuppehållande behandling, palliativ sedering och självmalt livsslut kan ofta bli etiskt problematiska. I det följande ges några exempel på den etiska problematiken, men för utförlig etisk analys av sådana situationer hänvisar vi till annan litteratur [3, 11, 24, 25].

Att utifrån eget val sluta äta och dricka för att påskynda sin egen död har analyserats utifrån om det är att betrakta som suicid eller ej [26]. Vidare kan nya och ökade möjligheter att tidigt diagnostisera sjukdomar påverka, till exempel berör detta patienter som diagnostiserats med livsbegränsande och obotliga sjukdomar såsom demens vilka kan ha ökad risk för suicid, särskilt vid samtidig depression.

I takt med att sådana sjukdomar kan diagnostiseras prekliniskt (till exempel genetiskt eller med andra biomarkörer) kan det uppstå ökat behov av att identifiera risk för suicid och suicidpreventiva åtgärder vid tidig diagnos av livsbegränsande och obotliga sjukdomar [27]. En diskussion om självmalt livsslut för personer med demens bör inkludera frågor om vård och behandlingsmöjligheter för att bevara värdighet och värdet av ett liv vid/trots demens [28].

Risken för att palliativ sedering tillämpas felaktigt och tar form av eutanasi kan dels ses som en fråga om behovet av kliniska riktlinjer och dels som en fråga om den enskilda medarbetarens omdöme och klokhet [29]. Avslutande av behandling inom intensivvård medför särskilda utmaningar, exempelvis att avbryta livsuppehållande behandling såsom att stänga av respirator, men de etiska övervägandena är likartade som för dödshjälp [30].

Argument har förts fram om risken att personer med depression får självmalt livsslut, men en litteraturstudie från 2011 visar att forskningen är oklar över om depression ökar sannolikheten för att frågor om självmalt livsslut aktualiseras.

Nederländerna anges som det land där patienter med depression i störst utsträckning får sin förfrågan avslagen [31]. Senare studie från Nederländerna visar att patienter med psykiatriska tillstånd

Felaktig tillämpning

Risken för att palliativ sedering tillämpas felaktigt och tar form av eutanasi kan dels ses som en fråga om behovet av kliniska riktlinjer och dels som en fråga om den enskilda medarbetarens omdöme och klokhet.

som efterfrågar självvalt livsslut jämfört med de som får självvalt livsslut har likartade demografiska och psykiatriska profiler, men i båda grupperna är samsjuklighet vanlig vilket försvårar både bedömning och behandling. Ytterligare försvårande är att en patients önskan att dö kan vara mångtydig, vilket kräver att på omsorgsfullt och lyhört sätt utröna tvivel och reservationer [32].

Argument som det finns visst stöd för är exempelvis att dödshjälp kan ge patienter trygghet och kontroll i livets slutskede samt att medicinska bedömningar av de som får assisterat dödande är osäkra. Det finns ingen aktuell kunskap som ger stöd för exempelvis argumentet att människosynen i samhället kan förändras om dödshjälp tillåts.

Till andra argument saknas tydligt forskningsstöd såsom att dödshjälp kan leda till färre självmord bland äldre som lider av allvarlig sjukdom. Det går dock inte att uttala sig om några konsekvenser utan att precisera vilken form av dödshjälp som tillämpas. Frekvensen av dödshjälp har exempelvis varit dubbelt så hög vid eutanasi (Belgien och Nederländerna) jämfört med assisterat dödande (staten Washington i USA).

Eutanasi inom krigssjukvård medför omständigheter som kan ses som väsentligen annorlunda än i en sjukvårdssituation i fred där det finns adekvat tillgång till både livsuppehållande och palliativa insatser. Eutanasi i samband med omfattande krigsskador i fält [33] och eventuellt även vid omfattande katastrofer [34] kan därför kräva särskild analys.

Röster från allmänheten

Forskning om självvalt livsslut medför betydande utmaningar för allmänhetens ställningstaganden. Begreppen är svåra att definiera och internationella jämförelser försvåras av samhällliga och kulturella skillnader [35]. En vanlig uppfattning hos allmänheten är att palliativ vård kan ses som dödens väntrum. Detta gör det betydelsefullt att skilja frågor om självvalt livsslut från palliativ vård. Det kan därför vara av vikt att det är olika personalgrupper som handlägger och bedömer patientens behov av palliativ vård och av självvalt livsslut [8]. Om inte, kan detta medföra extra etiska utmaningar.

Trender i allmänhetens inställning till dödshjälp varierar mellan länder. I USA har stödet från allmänheten för självvalt livsslut huvudsakligen varit oförändrat sedan 1990-talet, medan stödet i Västeuropa har ökat och i central- och Östeuropa minskat [36].

I Sverige har debatten karaktäriserats av att både förespråkare och motståndare till självvalt livsslut fört fram människovärdesprincipen som centralt argument för sin ståndpunkt. Förespråkare har lyft fram betydelsen av autonomi och integritet [11]. I Sverige har även böcker skrivits, både med kritisk reflektion ur flera perspektiv med flera möjliga ställningstaganden [37] och debattskrifter med tydliga ställningstaganden för [38] respektive både för och emot dödshjälp [37].

Röster från patienter

Det finns enbart ett fåtal studier som undersökt hur personer som är i behov av palliativ vård ser på frågan om dödshjälp [39, 40, 41, 42, 43]. En svensk studie visar att patienter med cancer som fick palliativ vård och som upplevde mening, tillit och uttryckte att de hade strategier för att hantera lidande uppgav sig vara emot dödshjälp, medan patienter som upplevde rädsla för framtida meningslöst lidande och tvivlade över att få tillräcklig vård förespråkade dödshjälp [41]. Vidare bedömde patienter som fick palliativ vård i Sverige att fullständigt oberoende i sin situation inte är möjligt att uppnå, vilket påverkar möjligheter till verkligt självständigt beslutsfattande med full autonomi. En del bedömde att legalisering av dödshjälp skulle öka och en del att det skulle minska deras oberoende [42].

En studie (med deltagare från tre sjukhus i Australien) visar att patienters vilja att påskynda döden är relaterat till deras självskattade livskvalitet, vilket i sin tur medierades av depression, lågt egenvärde samt förlust av mening och kontroll [43]. I en nederländsk studie intervjuades personer med Huntingtons sjukdom om sin syn på en framtida plan för självvalt livsslut då sjukdomen förvärras och de inte har kvar förmågan att uttrycka sin vilja. Deltagarna var osäkra över önskan om självvalt livsslut då sjukdomsprogressionen uppfattades osäker. De uttryckte även rädsla för lidande. Författarna drar slutsatsen att en framtida plan för självvalt livsslut kan möjliggöra samtal om framtida mål och önskemål om vård [44].

När medicinskt beslutsfattande görs för personer med demens och individens direktiv om behandlingsbegränsning som innefattar dödshjälp finns, visar (fåtal och begränsade) studier (från 90- och 00-talen) att besluten grundas på läkarens medicinska bedömning och närståendes synpunkter och inte på patientens perspektiv. Även om direktiv om dödshjälp finns och är giltiga så hade de ringa effekt på beslutet [45].



Röster från närstående

Det finns många som vittnat om utmaningar omkring vård i livets slut i samband med och efter närståendes dödsfall. En del av sådana vittnesmål berör också frågor om dödshjälp. Det är betydelsefullt att skilja närståendes attityder från allmänhetens då erfarenheten av att vara närstående kan påverka. Forskningen om närståendes erfarenheter knutna till dödshjälp är däremot begränsad.

Litteraturoversikter om närståendes erfarenheter av självalt livsslut i länder där det är legaliserat visar att närstående är inblandade i besluten, men deras erfarenheter kan variera och påverkas av patientens sjukdomsförlopp, möjligheter till stöd, vårdssammanhang, aktuell lagstiftning och andra faktorer.

Forskningen visar att närstående till patienter som sökt självalt livsslut överlag var mer positiva till hur döendet blev än vad de förmodat skulle ha blivit med ett naturligt döende. Vidare framkom att evidensbaserade riktlinjer bör utvecklas för skraddarsydda stödformer till närstående [46, 47] Detta är särskilt betydelsefullt då kommunikation kring beslut för svårt sjuka och döende, såsom behandlingsbegränsningar, vanligen involverar närstående. Denna kommunikation påverkas av dynamiken i familjrelationer och i vilken utsträckning det blir patientens och/eller familjens beslutsprocess, vilket även kan påverka familj och närstående på både kort och lång sikt [48]. Liknande resultat framkommer också från studier i Belgien, vilket är särskilt intressant då både eutanasi är legaliserat och palliativ vård väl utbyggt där [49].

Professionsorganisationers ställningstaganden

Världsläkarorganisationen tog i ett uttalande från 2019 tydligt avstånd till alla former av självalt livsslut [50]. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) gjorde 2017 ett uttalande om att inget land bör legalisera assisterat döende förrän tillgång till både palliativ vård och läkemedel (inklusive opioider) för att lindra smärta och andnöd i livets slut kan tillförsäkras alla i befolkningen [50, 51].

European Association for Palliative Care (EAPC) ger i en vitbok en översikt om frågorna utifrån professionsperspektiv på palliativ vård. De konstaterar att frågan om assisterat döende är mycket komplex och flerdimensionell. Ståndpunkten är att självalt livsslut inte ska inkluderas i palliativa vårdens praktik. Vidare förespråkar de att personer som efterfrågar assisterat döende ska ha tillgång till expertis i palliativ vård, vilket kräver att palliativ vård

etableras inom hälso- och sjukvården i alla länder och regioner – således en förutsättning som idag inte är uppfylld då palliativ vård är ojämnt utvecklad. Mot bakgrund av att det inom Europa förekommer skilda synsätt och ställningstaganden till frågor om dödshjälp, så framhåller EAPC betydelsen av att främja en öppen och respektfull debatt [8].

Studier visar att professioners inställning varierar och kan bero av både uppfattningar om den professionella rollen och personliga övertygelser (både religiösa och icke-religiösa) [52], men också att inställningen snarare kan relateras till skillnader mellan länder än ålder, kön, familjesituation, religiös orientering eller yrkeserfarenhet [53].

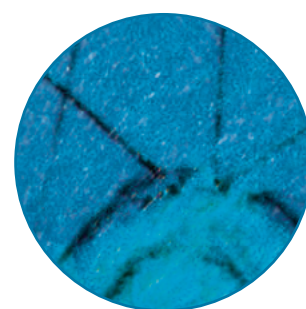
Röster från vårdpersonal

Att vårdpersonal är positivt inställda till självvalt livsslut behöver inte betyda att samma personer är beredda att administrera läkemedlet till patienten som önskar det och uppfyller aktuella kriterier när det är legaliserat.

Även vårdpersonal från områden där självvalt livsslut är legaliserat (provinser i Belgien, Kanada, USA) har påtalat en flytande och komplicerad gränsdragning mellan palliativ sedering och självvalt livsslut, vilket är motsatt till såväl lagstiftning som etiska och kliniska riktlinjer. Attityder till palliativ sedering och hur det tillämpas har dock delvis förändrats efter att självvalt livsslut legaliserats (studie från Kanada) [54]. Möjligheter att få kontroll över livets slut förenar dock palliativ sedering och självvalt livsslut. Resultaten tolkas av författarna som att valet mellan dessa behandlingsformer kan handla om personlighetsrelaterade faktorer mer än typ av sjukdom eller symtom. Palliativ sedering ansågs kopplad till patientens önskan att slippa lida, medan självvalt livsslut var kopplad till patientens önskan att ha kontroll [55]. Dessa empiriska resultat stödjer en tidigare framförd tes av svenska filosofer att även om det begreppsligt går att tydligt särskilja palliativ sedering och dödshjälp, så är skillnaderna i moralisk bemärkelse inte alls lika tydliga [56].

Röster från sjuksköterskor

Situationer där patienter delar tankar om dödshjälp i länder där det inte är legaliserat är något sjuksköterskor kan känna sig oförberedda på och maktlösa inför. En syntes av fyra intervjustudier med sjuksköterskor visar att patienters frågor om dödshjälp uppfattas som uttryck för att vilja ha kontroll över livets slut och att patienter även kommunicerar sådana frågor



indirekt. På ett personligt plan kan sådana frågor från patienter skapa inre konflikter och tvivel hos sjuksköterskan, vilket hanteras med hjälp av moraliska principer och både personligt och professionellt formade värderingar. Detta kan ge känslomässiga konsekvenser för både privatliv och yrkeslivet [57].

I en norsk intervjustudie uppgav de deltagande sjuksköterskorna sådana frågor från patienter som krävande och utmanande. Sjuksköterskan kan känna sig ensam i att hantera dessa frågor men uppgav att sjukhusprästen kunde vara ett stöd. Deltagarna gav också uttryck för osäkerhet vad gäller tillämpning av behandlingsbegränsningar och skillnad mellan palliativ sedering och dödshjälp [58].

En litteraturgenomgång från 2012-2019 visar att sjuksköterskor har en positiv attityd till dödshjälp, men att mer utbildning i ämnet är nödvändigt [59]. En studie med sjuksköterskor i Norge (n=205) visar att de är mer positivt inställda till att legalisera självalt livsslut för personer med allvarlig sjukdom och kort förväntad återstående livstid än vad läkare i Norge är, men sjuksköterskorna var mindre positiva än allmänheten i Norge. Studien visar också att de deltagande sjuksköterskorna var negativt inställda till att legalisera självalt livsslut för de som inte har allvarlig sjukdom och är trötta på livet och vill dö. Deltagarna instämde i att istället för att legalisera självalt livsslut borde palliativ vård i livets slut utvecklas och expandera [60].

Internationell forskning har i mindre utsträckning undersökt sjuksköterskors inställning än läkares [35] även om sjuksköterskor är de mest sannolika sjukvårdspersonal att bli kontaktad med frågor angående dödshjälp då de är intimt involverade i sina patienter. Sjuksköterskor har därför behov av att förstå vad som är möjligt, förväntat och lagligt relaterat till den egna yrkesutövningen när det gäller dödshjälp [61].

Sjuksköterskor kan på flera sätt bli involverade: genom att iakttä och möta patienters frågor om möjlighet till dödshjälp, i patienters beslutsfattande, i genomförandet av dödshjälp och i stöd till närstående före och efter dödsfall [62].

Sjuksköterskor kan ha en betydelsefull roll när patienter efterfrågar dödshjälp. När det sker rapporterar sjuksköterskor att det kan ge upphov till personliga konflikter, moralisk osäkerhet, frustration, rädsla och skuld [63]. En litteraturstudie av forskning och lagstiftning från hela världen visar att mycket få länder har lagstiftning där sjuksköterskors roller är väldefinierade. I den vetenskapliga forskningen identifierades 15 roller och 80 uppgifter som

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskor kan ha en betydelsefull roll när patienter efterfrågar dödshjälp. När det sker rapporterar sjuksköterskor att det kan ge upphov till personliga konflikter, moralisk osäkerhet, frustration, rädsla och skuld.

sjuusköterskor tar på sig under dödshjälpsprocessen, vilket kan betyda att sjuusköterskor deltar i handlingar som ligger utanför den rättsliga ramen [64].

En studie från Nederländerna avseende distriktssköterskors involvering i självvalt livsslut visar att sjuusköterskan kan vara den första som patienten tar upp sin diskussion om detta med. I studien hade varannan av distriktssköterskorna (n=408) varit involverad i distriktsläkarens beslutsprocess om självvalt livsslut. Distriktssköterskor hade dock enbart i fåtal fall varit närvarande när läkemedlet administrerades [65].

Lagförändringen i Kanada ger sjuusköterskor (nurse practitioners) möjlighet att utföra dödshjälp och assisterat döende [12]. I en studie intervjuades 17 sjuusköterskor sex månader efter att lagen infördes och sjuusköterskorna uppfattade dödshjälp som en förlängning av deras yrkesroll att tillhandahålla holistisk vård utan att döma, att förespråka patientens val och stödja ett nytt alternativ för en god död.

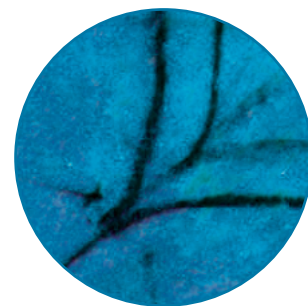
Sjuusköterskorna beskrev också moralisk stress över svåra moraliska betänkligheter kopplade till dödshjälp. Forum för sjuusköterskor att prata öppet om frågor gällande dödshjälp och möjligheter till reflektion och handledning efterfrågades för att sjuusköterskor ska förstå sitt juridiska ansvar och professionella yrkeskoder [66].

Samhälle, kultur och media formar synsätt

Livsåskådning, religion och övertygelser av ideologisk karaktär formar ofta attityder och inställning till självvalt livsslut men sådan påverkan anses inte tillräckligt klarlagd [67]. Då utmanande och svåra situationer i samband med döende och vård i livets slut tolkas utifrån såväl sociokulturella och institutionella föreställningar som utifrån personliga övertygelser och erfarenheter kan de som involveras i en och samma situation ha olika upplevelser och uppfattningar.

Särskilt kan utmanande och svåra situationer bli uppfattade som avvikande utifrån normativa föreställningar om en god död. Det kan göra att patientens önskemål om sin egen död till exempel psykologiseras eller medikaliseras [68].

Frågor om död, döende och respekt för den svårt sjuka och döende personens önsknings- och en behandlingslogik, men också mellan överlevnads- och dödslogik [69]. Beroende på



föreställningar om exempelvis vad som kan lindra och vad som kan betraktas som naturlig död kan då argumentationen bli både för och emot olika former av dödshjälp.

Vidare är självalt livsslut förknippat med stigma, vilket kan påverka både vårdens praktik och på vilka sätt och i vilken utsträckning det beforskas [47]. Utöver samhälle och kultur så kan medialt uppmärksammade händelser internationellt och i Sverige påverka både inställningar till dödshjälp och vid vilka tidpunkter det uppfattas som en aktuell fråga.

I länder som har legaliserat självalt livsslut finns enbart fåtal empiriska studier avseende följsamhet till policy om etiska riktlinjer [25, 70]. Från Belgien framkommer att även om eutanasi och palliativ vård tillsammans kan uppfattas som motsägelsefullt, har praktiker där vuxit fram så att de samexisterar på sätt som bidrar till kontinuerlig omprövning av hur vård i livets slut utformas och att flera intressegrupper bidrar till dess utveckling [49].

Skillnader mellan länder i inställning till etiska frågor knutna till dödshjälp antas vara knutna till historiska, sociala, kulturella och rättsliga faktorer. Detta kan medföra att det är orimligt att nå internationell konsensus i ställningstaganden till självalt livsslut [53].



Referenser

1. Vård i livets slutskede. Kommittédirektiv 1997:147, (1997).
2. Statens medicinsketiska råd (SMER). [Skrivelse: Avgöranden i livets slutskede; 2008](#). Citerad: 2023-11-17. Hämtad från: [Skrivelse: Avgöranden i livets slutskede \(smer.se\)](#).
3. Statens medicinsketiska råd (SMER). Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död; 2008. Citerad 2023-11-17. Hämtad från: [Patientens möjlighet att bestämma över sin död \(smer.se\)](#).
4. Mehlum L, Schmahl C, Berens A, Doering S, Hutsebaut J, Kaera A, et al. Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2020;7(1):1-7.
5. Materstvedt L, Førde R. 'Dødshjelp': definisjoner, kliniske skillelinjer, og utviklingen internasjonalt 2011-2016. *Omsorg*. 2016;33(2):9-13.
6. Statens medicinsketiska råd (SMER). Smer rapport 2017:2 Döds-hjelp – en kunskapsammanställning; 2017. Citerad 2023-11-17. Hämtad från: [Smer-2017.2-Dödshjelp-En-kunskapssammanställning.pdf](#).
7. Nationella rådet för palliativ vård (NRPV). "Dödshjelp" – vad är det vi talar om? *Palliativ vård*. 2016;1:34-5.
8. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Muller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*. 2016;30(2):104-16.
9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7). Ändringsförfattning HSLF-FS 2017:26. Citerad: 2023-11-17. Hämtad från: [Senaste version av SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling – Socialstyrelsen](#).
10. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*. 2022;399(10327):837-84.
11. Asplund K. Svenska debatten om självmalt livsslut. Statens medicinsk-etiska råd. *Omsorg*. 2016;33(2):15-9.
12. Materstvedt L, Kaasa S. Palliasjon og eutanasi. In: Kaasa S, Loge J, Red. *Palliasjon Nordisk lærebok*. 3e uppl ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. p. 83-96.
13. Canadian Nurses Association. National Nursing Framework on medical assistance in dying in Canada; 2017. Citerad: 2023-11-17. Hämtad från: [CNA National Nursing Framework on MAID \(cnpea.ca\)](#).

14. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning; 2013. Citerad: 2023-11-17. Hämtad från: [Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning \(socialstyrelsen.se\)](#).
15. Regionala Cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram palliativ vård; uppdaterat 2023-05-30. Citerad 2023-11-17. Hämtad från: [Nationellt vårdprogram palliativ vård – RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](#).
16. Svenska läkaresällskapet. Delegationen för medicinsk etik. Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede; 2010-08-24. Citerad: 2023-11-17. Hämtad från: [000012134.pdf \(sls.se\)](#).
17. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 10: Tydliggörande om palliativ sedering; 2010-12-10. Citerad: 2023-11-17. Hämtad från: [SoS – meddelandeblad \(socialstyrelsen.se\)](#).
18. Strang P. Palliativ sedering – myter och fakta. Läkartidningen. 2009;106(15-16):1083.
19. Eckerdal G, Birr A, Lundström S. Palliativ sedering är ovanlig inom specialiserad palliativ vård i Sverige. Läkartidningen. 2009;106(15-16):1086-8.
20. Engström J, Bruno E, Holm B, Hellzén O. Palliative sedation at end of life – a systematic literature review. European Journal of Oncology Nursing. 2007;11(1):26-35.
21. de Jong TH. Deliberate termination of life of newborns with spina bifida, a critical reappraisal. Child's Nervous System. 2008;24(1):13-28; discussion 9-56.
22. Dees M, Vernooij-Dassen M, Dekkers W, van Weel C. Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. Psycho-oncology. 2010;19(4):339-52.
23. Quaghebeur T, Dierckx de Casterle B, Gastmans C. Nursing and euthanasia: a review of argument-based ethics literature. Nursing Ethics. 2009;16(4):466-86.
24. Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. Nursing Ethics. 2020;27(1):152-67.
25. Lemiengre J, de Casterle BD, Van Craen K, Schotsmans P, Gastmans C. Institutional ethics policies on medical end-of-life decisions: a literature review. Health Policy. 2007;83(2-3):131-43.
26. Schwarz JK. Stopping eating and drinking. The American Journal of Nursing. 2009;109(9):52-61; quiz 2.
27. Draper B, Peisah C, Snowdon J, Brodaty H. Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. Alzheimer's & Dementia: the journal of the Alzheimer's Association. 2010;6(1):75-82.

28. Braun B, Demling J, Loew TH. Alzheimer's disease: history, ethics and medical humanities in the context of assisted suicide. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2022;17(1):4.
29. Manzini JL. Palliative sedation: ethical perspectives from Latin America in comparison with European recommendations. *Current Opinion in Supportive and Palliative care*. 2011;5(3):279-84.
30. Szalados JE. Discontinuation of mechanical ventilation at end-of-life: the ethical and legal boundaries of physician conduct in termination of life support. *Critical Care Clinics*. 2007;23(2):317-37, xi.
31. Levene I, Parker M. Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *Journal of Medical Ethics*. 2011;37(4):205-11.
32. Kammeraat M, van Rooijen G, Kuijper L, Kiverstein JD, Denys DA. Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands. *BMJ Mental Health*. 2023;26(1).
33. Neuhaus SJ. Battlefield euthanasia – courageous compassion or war crime? *The Medical Journal of Australia*. 2011;194(6):307-9.
34. Rolfsen ML. Medical care provided during a disaster should be immune from liability or criminal prosecution. *The Journal of the Louisiana State Medical Society*. 2007;159(4):224-5, 7-9.
35. Holt J. Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice. *Nursing Philosophy*. 2008;9(4):257-72.
36. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016;316(1):79-90.
37. Westrin C-G, Nilstun T, Editors. Att få hjälp att dö: synsätt, erfarenheter, kritiska frågor. Lund: Studentlitteratur; 2005.
38. Sangregorio I-L. Den sista friheten: om rätten till vår död. Lidingö: Fri Tanke; 2016.
39. Elliott JA, Olver IN. Dying cancer patients talk about euthanasia. *Social Science & Medicine* (1982). 2008;67(4):647-56.
40. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, Skirko MG, Allard P, Chary S, et al. Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*. 2007;26(3):314-23.
41. Karlsson M, Milberg A, Strang P. Suffering and euthanasia: a qualitative study of dying cancer patients' perspectives. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(5):1065-71.
42. Karlsson M, Milberg A, Strang P. Dying cancer patients' own opinions on euthanasia: an expression of autonomy? A qualitative study. *Palliative Medicine*. 2012;26(1):34-42.
43. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Hempton C, Burney S. The relationship between poor quality of life and desire to hasten death: A multiple mediation model examining the contributions of depression, demoralization, loss of control, and low self-worth. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016.

44. Ekkel MR, Depla MFIA, Verschuur EML, Veenhuizen RB, Hertogh CPM, Onwuteaka-Philipsen BD. Patient perspectives on advance euthanasia directives in Huntington's disease. A qualitative interview study. *BMC Medical Ethics*. 2022;23(1):1-8.
45. de Boer ME, Hertogh CM, Droes RM, Jonker C, Eefsting JA. Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness. *International Psychogeriatrics*. 2010;22(2):201-8.
46. Gamondi C, Fusi-Schmidhauser T, Oriani A, Payne S, Preston N. Family members' experiences of assisted dying: A systematic literature review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*. 2019;33(8):1091-105.
47. Goldberg R, Nissim R, An E, Hales S. Impact of medical assistance in dying (MAiD) on family caregivers. *BMJ Supportive & Palliative care*. 2021;11(1):107-14.
48. Wiegand DL. Families and withdrawal of life-sustaining therapy: state of the science. *Journal of Family Nursing*. 2006;12(2):165-84.
49. Andrew EV, Cohen J, Evans N, Menaca A, Harding R, Higginson I, et al. Social-cultural factors in end-of-life care in Belgium: a scoping of the research literature. *Palliative Medicine*. 2013;27(2):131-43.
50. The World Medical Association. WMA Declaration on Euthanasia and Physician-assisted suicide; 2021-11-23. Citerad: 2023-11-17. Hämtad från: [WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide – WMA – The World Medical Association](#).
51. De Lima L, Woodruff R, Pettus K, Downing J, Buitrago R, Munyoro E, et al. International association for hospice and palliative care position statement: euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Palliative Medicine*. 2017;20(1):8-14.
52. Jylhankangas L, Smets T, Cohen J, Utraiainen T, Deliens L. Descriptions of euthanasia as social representations: comparing the views of Finnish physicians and religious professionals. *Sociology of Health & Illness*. 2014;36(3):354-68.
53. Orzalesi MM, Cuttini M. Ethical issues in neonatal intensive care. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 2011;47(3):273-7.
54. Mills A, Nolen A, Qureshi F, Selby D. Use of palliative sedation following Medical Assistance in Dying (MAiD) legislation: A mixed-methods study of palliative care providers. *Palliative & Supportive care*. 2023:1-8.
55. Koksvik GH, Richards N, Gerson SM, Materstvedt LJ, Clark D. Medicalisation, suffering and control at the end of life: The interplay of deep continuous palliative sedation and assisted dying. *Health*. 2022;26(4):512-31.
56. Juth N, Lindblad A, Lynoe N, Sjostrand M, Helgesson G. Moral differences in deep continuous palliative sedation and euthanasia. *BMJ Supportive & Palliative care*. 2013;3(2):203-6.

57. Jensen SW, Rydahl-Hansen S. Sygeplejerskers oplevelse af at blive anmodet om eutanasi af patienter med livstruende sygdom. En systematisk metasyntese med metaaggregering. *Klinisk Sygepleje*. 2021(4):260-88.
58. Hol H, Vatne S, Strømskag KE, Orøy A, Rokstad AMM. Norwegian nurses' perceptions of assisted dying requests from terminally ill patients – A qualitative interview study. *Nursing Inquiry*. 2023;30(1):e12517.
59. Crusat-Abelló E, Fernández-Ortega P. Nurses knowledge and attitudes about euthanasia at national and international level: A review of the literature. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 2021 Sep 1;31(5):268-82.
60. Hol H, Vatne S, Orøy A, Rokstad AMM, Opdal Ø. Norwegian Nurses' Attitudes Toward Assisted Dying: A Cross-Sectional Study. *Nursing: Research and Reviews*. 2022:101-9.
61. Richardson S. An international expansion in voluntary euthanasia/assisted dying: The implications for nursing. *International Nursing Review*. 2023;70(1):117-26.
62. De Beer T, Gastmans C, Dierckx de Casterle B. Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *Journal of Medical Ethics*. 2004;30(5):494-8.
63. De Bal N, Gastmans C, Dierckx de Casterle B. Nurses' involvement in the care of patients requesting euthanasia: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(4):626-44.
64. Bellon F, Mateos JT, Pastells-Peiró R, Espigares-Tribó G, Gea-Sánchez M, Rubinat-Arnaldo E. The role of nurses in euthanasia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2022;134:104286.
65. van Bruchem-van de Scheur GG, van der Arend AJ, Spreeuwenberg C, Abu-Saad HH, ter Meulen RH. Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(1):44-52.
66. Beuthin R, Bruce A, Scaia M. Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences. *Nursing Forum*. 2018;53(4):511-20.
67. Gielen J, van den Branden S, Broeckaert B. Religion and nurses' attitudes to euthanasia and physician assisted suicide. *Nursing Ethics*. 2009;16(3):303-18.
68. Ferrari Wanseele J. Når døden bliver vanskelig – Udfordrende forløb i terminal pleje som konflikt mellem ideal og praksis. *Omsorg*. 2016;33(2):68-72.
69. Timm H. Stille hjerte, sol går ned – Om genoplivningstvang blandt ældre, svækkede mennesker i Danmark. *Omsorg*. 2016;33(2):38-43.
70. Riley SR, Overbeek A, van der Heide A. Physician adherence to clinical guidelines in euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: a qualitative study. *Family Practice*. 2020;37(2):269-75.

Omvårdnad sedan 1910

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionsförening. Vi är en ideell förening som företräder professionens kunskapsområde omvårdnad. I över hundra år har vi tagit ansvar för och engagerat oss i omvårdnad – forskning, etik, utbildning och kvalitet – för patientens, vårdens och hela samhällets bästa. Alla legitimerade sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande kan bli medlemmar.



Svensk sjuksköterskeförening

Baldersgatan 1
114 27 Stockholm
Tel 08-412 24 00
www.swenurse.se