



Haraldsplass
DIAKONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem

Bacheloroppgave i sykepleie

Håpets fotskifte

– i dødshjelp og sykepleie

The change of hope
– in euthanasia and nursing

Kandidatnummer: 101
Kull: 2011
Antall ord: 9 651
Innleveringsdato: 18. mars 2014

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven tar for seg spørsmålet om aktiv dødshjelp fra et sykepleiefaglig perspektiv. Den reflekterer rundt hvordan sykepleiere kan forholde seg til at pasienter ber om aktiv dødshjelp, knyttet opp mot sykepleieteori og allmenn etisk teori. Norge har tatt standpunkt mot aktiv dødshjelp. Det er likevel historier om mennesker som drar til land hvor de lovlig kan få hjelp av helsevesenet til å dø. Til tross for at dette skjer er sykepleiere så godt som fraværende den norske debatten om aktiv dødshjelp.

Oppgaven bygger på et litteraturstudium av både forsknings- og faglitteratur. Ved en hermeneutisk gjennomgang av litteraturen søker oppgaven å belyse det etiske fundamentet i sykepleie. Plikt- og konsekvensetikk, de medisinsk-etiske prinsipp, nasjonalt lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utgjør det etiske teorigrunnet. Katie Erikssons teori om det lidende mennesket belyser pasientperspektiv og begrepet lidelse. Pasient- og sykepleieperspektiver kommer og til uttrykk gjennom forskningsartikler rettet mot å presentere døende pasienters holdninger til aktiv dødshjelp og sykepleieres rolle i prosessen.

Disse teoretiske elementene blir drøftet opp mot hverandre, med innslag av synspunkt fra filosofer, leger og andre samfunnsdebattanter for å sette teorien i ulike perspektiv. Et viktig moment i drøftingen er at vi ikke kjenner de langsiktige konsekvensene av å legalisere aktiv dødshjelp. Oppgaven presenterer både positive og negative synspunkt på samfunnets holdningsendring og plikttenkningens utvikling.

Tilslutt kan vi se at et utvilsomt fellestrekk er håp.

Nøkkelord: *aktiv dødshjelp, eutanasi, legeassistert selvmord, etikk, lidelse*

Abstract

This bachelor thesis examines the matter of active euthanasia from a nursing perspective. It reflects on how nurses can relate to patients requesting active euthanasia, linked to nursing theory and general ethical theory. Norway has taken a stand against active euthanasia. There are still stories of people who go to countries where they are eligible to receive help from health care to die. Despite the fact that this is happening, nurses are basically absent in the Norwegian debate of active euthanasia.

The thesis builds on a study of the literature, involving both research papers and other types of relevant literature. Using a hermeneutic review of the literature, this thesis wishes to illuminate the ethical foundation of nursing. Deontological ethics and consequentialism, the principles of biomedical ethics, national legislation and the ethical guidelines for nurses constitute the basis of ethical theory. Katie Eriksson's theory of the suffering human being presents the patient perspective and elaborate on the concept of suffering. The patient and nursing perspectives are also expressed through research papers, which aim to present the dying patients attitudes towards active euthanasia and the nurses' role in the process.

These theoretical features are being considered alongside each other with elements of the perspectives of philosophers, physicians and other debaters to position the theory into different perspectives. An important factor in this discussion is that we do not know the long-term consequences of legalizing active euthanasia. The thesis presents both positive and negative views on society's change in attitude and the development of deontological thinking. Finally, we can see that a common feature undoubtedly is hope.

Keywords: *Active euthanasia, euthanasia, physician-assisted suicide, ethics, suffering*

Innhold

| | |
|--|-----------|
| <i>Sammendrag</i> | <i>I</i> |
| <i>Abstract</i> | <i>II</i> |
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Valg av tema | 1 |
| 1.2 Problemstilling | 1 |
| 1.3 Avgrensning | 2 |
| 2.0 Metode | 4 |
| 2.1 Litteratursøk | 4 |
| 2.2 Valg av litteratur | 4 |
| 2.3 Kilde- og metodekritikk | 5 |
| 2.4 Vitenskapsteori | 6 |
| 2.5 Etske vurderinger | 7 |
| 3.0 Et etisk sykepleiefundament | 8 |
| 3.1 Etisk teori | 8 |
| 3.1.1 Pliktetikk | 8 |
| 3.1.2 Konsekvensetikk | 9 |
| 3.2 Fra teoretisk til prinsippbasert medisinsk etikk | 10 |
| 3.2.1 Velgjørenhet og ikke skade | 10 |
| 3.2.2 Autonomi..... | 11 |
| 3.2.3 Rettferdighet..... | 12 |
| 3.3 Fra prinsipp til lov og yrkesetikk | 12 |
| 3.3.1 Velgjørenhet og omsorgsfull hjelp | 13 |
| 3.3.2 Selvbestemmelse og medvirkning..... | 13 |
| 3.3.3 Ikke skade - Ikke dødshjelp..... | 14 |
| 4.0 Hvem er det lidende menneske og hvor er sykepleier? | 16 |
| 4.1 Hva er sykepleieres rolle i aktiv dødshjelp? | 16 |
| 4.2 Hva tenker pasienter om aktiv dødshjelp? | 17 |
| 4.3 Katie Erikssons lidelsesteori | 18 |
| 4.3.1 Begrepet lidelse | 18 |
| 4.3.2 Pasienten – den lidende | 19 |
| 4.3.3 Pleie- og livslidelse | 20 |
| 4.3.4 Å lindre lidelse | 21 |
| 5.0 Å drøfte det sykepleiere ikke snakker om | 22 |
| 5.1 En aktiv dødshjelpsdebatt | 22 |
| 5.1.1 Vil vi krenkes? | 23 |
| 5.1.2 Kan vi krenke? | 24 |
| 5.2 Blir dødshjelp lov, vil drap følge? | 25 |
| 5.2.1 I skråplan | 25 |
| 5.2.2 Steget vi i prinsippet har tatt | 25 |
| 5.2.3 En plikt til å dø? | 26 |
| 5.3 Håpets fotskifte | 28 |
| 6.0 En forsiktig oppsummering | 29 |
| Litteraturliste | 30 |

1.0 Innledning

Jeg vil i det følgende presentere oppgaven med bakgrunn for valget av tema og problemstilling med etterfølgende avgrensning.

1.1 Valg av tema

Er det etisk riktig at pasienter skal få hjelp til å avslutte livet når de har fått en diagnose som de likevel kommer til å dø av, og lidelsen er uutholdelig?

Dette er en debatt som til stadighet dukker opp i aviser, så vell som på pauserom.

Norsk lov sier ”nei”, men det norske folk sier ”ja” (Dolonen, 2009). Norge og norske sykepleiere har tatt et standpunkt ved å skrive et ”nei” til aktiv dødshjelp inn i blant annet straffeloven og i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Det er likevel historier om mennesker som drar til land hvor de lovlig kan få hjelp av helsevesenet til å dø. Jeg er opptatt av at sykepleiere i et framtidig norsk helsevesen skal ha et reflektert forhold til etikk, menneskelig lidelse og ikke minst hvorfor vi skal fremme håp når pasienter ønsker å dø.

Jeg er opptatt av de grunnsteiner som ligger i fundamentet og hvordan vi som sykepleiere, med vår sykepleieteori og allmenne etikk i bakhånd kan ta stilling til aktiv dødshjelp. Målet med oppgaven har derfor vært å få et mer reflektert forhold til etikk i sykepleie og den prinsipielle problemstillingen som er aktiv dødshjelp.

På et personlig plan vil jeg kanskje selv ha muligheten til å velge døden en gang, men vil jeg være en del av et helsevesen som dreper? Det handler for meg ikke bare om et personlig valg, men også om en samfunnstilnærming. Hvorfor skal vi hjelpe mennesker til å leve, når de kan velge å dø?

Jeg mener det er relevant for framtidige sykepleiere å ta stilling til aktiv dødshjelp fordi vi både skal yte og, mest sannsynlig, dø i dette helsevesenet. Vi må reflektere over hvor vi står og hvorfor.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere forholde seg til at pasienter ber om aktiv dødshjelp?

1.3 Avgrensning

Jeg har i arbeidet valgt å ha en svært åpen problemstilling. Det er derfor viktig for oppgaven å bruke dette avsnittet på å presisere hva jeg vil formidle med oppgaven og hvilke avgrensninger jeg har satt.

I problemstillingen har jeg valgt å bruke det åpne begrepet ”pasienter”. I denne oppgaven forstår vi pasienter som voksne mennesker som lever med en somatisk uhelbredelig sykdom, med en forventet levetid på under tolv måneder. Jeg har tatt utgangspunkt i pasienten som har en fast overbevisning om at de ønsker aktiv dødshjelp . De har gjentatte ganger gitt tydelig uttrykk for dette til flere fagpersoner. Slik jeg ser det er ikke bakgrunnen for ønsket om aktiv dødshjelp bare fysisk smerte. Det er her mer til *lidelse* som fenomen, enn de fysiske smerter som følger med en gitt diagnose, dette har jeg inkludert i oppgaven.

Jeg har valgt å inkludere aktiv dødshjelp eksplisitt i problemstillingen og ekskluderer *passiv dødshjelp* som behandlingsbegrensning eller -unnløstelse. Aktiv dødshjelp innbefatter her både *eutanasi* og *legeassistert selvmord*.

Med *eutanasi* forstår vi ”en leges intenderte (tilsiktete) drap på en person ved å injisere medikamenter, på personens frivillige og kompetente forespørsel” (Masterstvedt, et al., 2007, s. 155). *Legeassistert selvmord* er ”en leges intenderte (tilsiktete) hjelp til en person i dennes selvmord, ved å skaffe til veie medikamenter som vedkommende kan innta selv, på personens frivillige og kompetente forespørsel” (Masterstvedt, et al., 2007, s. 155). Jeg har valgt å ikke skille mellom eutanasi og legeassistert selvmord og bruker betegnelsen *aktiv dødshjelp* gjennomgående i oppgaven, hvor annet ikke er presisert i kildene.

Pasientgruppen jeg skriver om kan sees på mange arenaer for sykepleie. Jeg har derfor valgt å ikke avgrense dette siden pasientene finnes i hjemmesykepleie, så vel som på sykehjem og sykehus og fordi det ikke har noen vesentlig relevans for oppgaven.

Spørsmål om aktiv dødshjelp kan i tillegg forekomme i psykiatriske helsetjenester. Likevel har jeg valgt å legge fokus på den somatisk syke pasienten og ekskludere

grunnsykdom innen psykiatri. Psykiske reaksjoner på somatisk sykdom er anerkjent, og jeg ser på dette som et aspekt som kan sees i oppgaven, men uten spesifiserte diagnoser.

Religion er viktig for enhver samfunnsoppbygging og er en viktig del av sykepleie så vell som etisk teori og lovgivning. Selv om det er velkjent at mange av momentene i oppgaven bygger på religion, har jeg valgt å avgrense meg fra det religiøse i syn på død og dødshjelp. Jeg vil likevel komme inn på og anerkjenne at religion ligger til grunn for mye av det jeg skriver, fordi det i min mening ikke kan unngås.

Til sist vil jeg presisere at jeg vil fokusere på sykepleier, pasient og samfunn i oppgaven. De pårørende og nettverket rundt pasienten har jeg ikke tatt spesielt stilling til, fordi jeg er opptatt av pasientens ønske.

Det er historier fra Norge om leger som har innvilget pasienters ønske om aktiv dødshjelp. En av disse legene er Stein Husebø som nå er en uttalt motstander mot legalisering av aktiv dødshjelp. Jeg har valgt å presentere Husebøs synspunkt mot aktiv dødshjelp og ikke komme inn på hans historie med utførelse av aktiv dødshjelp. Dette fordi det er lenge siden og fordi det ikke er spesielt relevant. Han er motstander mot aktiv dødshjelp og det er argumentene jeg er opptatt av.

Alle helsearbeidere, fra ufaglærte til leger, kan møte pasienter som ber om aktiv dødshjelp. Ordinasjon av medikamenter er en oppgave forbeholdt leger, i tillegg til store deler av beslutningsansvaret. Lovverket jeg bruker er i stor grad profesjonsnøytralt og alle helsearbeidere er således inkludert i oppgaven. Jeg har likevel forsøkt å spesifisere og fokusere på sykepleier i det etiske dilemmaet.

2.0 Metode

Jeg vil bruke denne delen til å beskrive hvordan jeg har søkt etter litteratur og hva jeg har valgt ut. Det presenteres kritikk av metode og litteratur jeg har anvendt, i tillegg til beskrivelse av vitenskapelig forståelse. Med tanke på oppgavens tema har jeg i tillegg valgt å belyse noen etiske refleksjoner.

2.1 Litteratursøk

I startfasen søkte jeg etter artikler i søkedatabasen SweMed+. Her brukte jeg søkeordene *aktiv dødshjelp*, *etikk* og *sykepleie* i kombinasjon for å finne MeSH-termer jeg kunne bruke videre i søket. De jeg valgt å ta med i søk hos PubMed var:

Euthanasia, active / *Suicide, assisted* / *Ethics, nursing*

I starten leste jeg mange av artiklene jeg fant i forbindelse med forskjellige varianter av dette søket. Jeg oppdaget at mange, i teksten, refererte til andres forskning og jeg begynte å søke litteratur gjennom såkalt *snowballing* eller *nøsting*. Jeg leste artiklenes litteraturlister, sitater og referanser som førte meg til ny litteratur. Det var i stor grad denne litteraturen jeg endte med å ta inn i oppgaven og ikke bare i forarbeidet.

I tillegg søkte jeg etter artikler i Google og tjenesten Google Scholar, med søkeordene *aktiv dødshjelp*, *Norge*, *Sykepleie*, *Etikk*. Enkelte navn på debattører gikk igjen i artiklene og bøkene som drøfter temaet. Jeg søkte etter hvert spesifikt på disse personene for å sette stoffet i en større sammenheng. En rekke artikler fra aviser og tidsskrift ble resultatet. Det jeg har brukt eksplisitt i oppgaven er et utvalg av disse basert på sin relevans opp mot problemstillingen.

2.2 Valg av litteratur

Det er viktig å påpeke at jeg i oppgaven ikke har med forskningsartikler i den grad som er vanlig i en bacheloroppgave. Det har vært vanskelig med et slikt tema å bruke forskningslitteratur, og jeg har sett det som mer relevant å bruke fagartikler som kommer til uttrykk i drøftingsdelen. Det er hovedsakelig pasienters tanker og sykepleieres roller i aktiv dødshjelp som blir fremmet i de to forskningsartiklene jeg har brukt. I fagartiklene finner vi menneskers tolkninger og erfaringer drøftet opp mot den etiske teorien jeg har valgt ut.

Da jeg begynte å søke etter litteratur, kom jeg over en norsk offentlig utredning ved navn "Livshjelp" (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Her blir *FNs erklæring om den døendes rettigheter*, presentert uten referanse i kapittel 5.2. Jeg ville bruke dette som en del av teorigrunnet i min oppgave og søkte etter å finne primærkilden. Den fant jeg ikke. Det jeg fant var en artikkel i Sykepleien Forskning som fremlegger at erklæringen ikke har noe med FN å gjøre. Artikkelen beskriver feilstegene som er gjort (Sørbye, 2010). Livshjelpsutvalget, som forfattet utredningen i 1999 er én av mange forfattere som har gjengitt dette feil. I flere bacheloroppgaver, fagbøker og kommunale nettsider kan man lese om FN's erklæring om den døendes rettigheter på grunnlag av NOU 1999:2. Jeg har valgt å ikke bruke dette dokumentet som en del av min oppgave, da jeg kjenner til feilen og ikke ser originaldokumentet som et sterkt nok fundament.

2.3 Kilde- og metodekritikk

De etiske teoriene er presentert ved hjelp av sekundærkilder da primærkildene er fra langt tilbake i tid. I tillegg knyttet sekundærkildene teorien opp mot sykepleie og har valgt ut de deler som er relevant i denne oppgaven. I beskrivelsen av Katie Erikssons omsorgsteori har jeg også valgt å bruke sekundærkilder for å belyse helheten i denne med få ord. Dette valgte jeg fordi fokuset i oppgaven er hennes teori om det lidende mennesket, ikke den helhetlige omsorgsteorien.

Oversiktsartikkelen brukt i siste del av teorijennomgangen viser til utfordringer ved manglende informasjon om validitet og pålitelighet i studiene som der er samlet. I tillegg trekkes manglende informasjon om målingsverktøy i studiene fram som et moment. Med tanke på at aktiv dødshjelp er lov i noen land, men ikke i alle hvor undersøkelser er gjort, kan resultatene være noe påvirket av dette. Vi snakker her om et tabubelagt tema og det er en sannsynlig tanke at dette virker inn på resultatene uansett legalitet.

Litteraturen jeg har benyttet meg av er av varierende utgivelsesdato. Fra Erikssons bok, utgitt i 1995, til avisartikler fra 2014. Jeg har vurdert aktualitet og validitet i prosessen. Forskningsartiklene er henholdsvis fra 2004 og 2007, noe som gjør dem

eldre enn jeg ville foretrukket i en slik oppgave. På grunn av manglende forskning har jeg likevel valgt å bruke disse da jeg tolker resultatene som overførbare.

I oppgavens drøftingsdel kommer det fram nye referanser representert av fagartikler og fagpersoners synspunkt. Jeg har valgt å ikke presentere disse i teoridelen fordi de allerede bygger på teorien presentert tidligere.

Dolonen (2009) presenterer en undersøkelse gjort av Synovate (nå: Ipsos MMI) som er et anerkjent selskap innen datainnsamling og meningsmåling. Undersøkelsen handler om det norske folks holdninger til aktiv dødshjelp. Jeg har søkt etter primærkilden, men den var ikke å finne. Samme referanse er gjort i flere artikler, men ingen kan vise vei til kilden. Tidligere undersøkelser har i følge artikler og bøker vist sammenlignbare resultat, derfor har jeg valgt å ta med hovedfunnene i min oppgave.

Med hensyn til metoden jeg har brukt må det bemerkes at jeg kunne hatt en mer strukturert søkeprosess. Da jeg startet prosessen var målet å få en oversikt, mens jeg mot slutten hadde en klar formening om hva jeg ville ha med i teksten og gjorde nye søk.

2.4 Vitenskapsteori

Humanvitenskapen er gjennomgripende i denne oppgaven fordi fokuset ligger så tydelig på det etiske grunnlaget for samfunn og sykepleie.

Hermeneutikk handler om forståelse og fortolkning. Fra starten av var hermeneutikken opptatt av det skrevne ord og teksttolkning (Thornquist, 2003, s. 139). I oppgaven gjengir jeg både fagtekster, studier og skrevne erfaringer. Jeg vil presentere tekstene riktig og gjengi det som er ment som budskap, men jeg fortolker likefult det som står. Den kvalitative studien jeg har brukt i oppgaven er allerede fortolkede intervjuer. Jeg tolker igjen hva forfatterne har skrevet. Hermeneutikk er vesentlig også i etisk teori fordi den søker å forklare hvorfor mennesker handler på en bestemt måte. Det er ikke produktet av handlingene, men hva som formidles som er viktig (Thornquist, 2003, s. 141).

Fenomenologisk tradisjon har røtter til empirismen. Innen empirisme oppfattes ikke fornuft som like rettleidende som erfaringsbasert kunnskap. Det som menes med dette er at vi ikke har virkelig kunnskap om noe som ikke kan erfares (Thornquist, 2003, s. 43). Fenomenologien har fokus på å undersøke ”verden slik den fremstår” og i dette ligger den erfaringsbaserte kunnskapen (Langdridge, 2006, s. 269). Vi ser altså på hvordan verden erfares av mennesket og ikke hvordan verden er (Thornquist, 2003, s. 83). Erfaringsbasert kunnskap kommer her til uttrykk gjennom både mine egne refleksjoner og gjennom uttalelser fra fagpersoner som jeg i stor grad bruker i drøftingen.

2.5 Etiske vurderinger

Temaet jeg har valgt er gjort på grunnlag av flere etiske overveielser. Jeg var i starten usikker på om jeg kunne diskutere oppgavens problemstilling på en faglig måte uten å krenke noen. Jeg har hatt dette fokuset med meg gjennom skriveprosessen. Ved å velge ut saklige argument og støttet meg mot etisk teori føler jeg å ha overholdt dette. Der hvor jeg presenterer fagpersoners meninger vil jeg referere til disse og gjengi så korrekt som mulig i hvilke kontekst meningene er ytret. Jeg vil ikke legge skjul på viktige deler og jeg vil gi korrekt kildehenvisning. Egenerfarte situasjoner har jeg ikke brukt i oppgaven med tanke på både personvern og overførbarhet.

3.0 Et etisk sykepleiefundament

Det finnes fire prinsipper i medisinsk etikk, som står mellom overordnet etisk teori og allmenmoralen med yrkesetikk og lovverk. For å sette alle disse i et oversiktlig perspektiv vil jeg presentere etisk teori, så de fire prinsippers etikk, etterfulgt av det rent konkrete lovverket og yrkesetikken knyttet opp mot de medisinske prinsippene og aktiv dødshjelp.

3.1 Etisk teori

Som en del av grunnlagsetikken finner vi normativ etikk som ikke bare sier noe om hvordan praksis er, men også hvordan vi skal forholde oss til den (Brinchmann, 2012a, s. 19). Pliktetikk og konsekvensetikk er i dette normative domenet. Den norske filosofen Knut Erik Tanøy (2005, referert i Brinchmann, 2012b, s. 58) mener medisinsk etikk er en blanding av konsekvensetikk og pliktetikk. Sykepleiere må alltid tenke på konsekvensene av ulike handlingsalternativer, i tillegg til at det er en rekke plikter knyttet til profesjonsutøvelsen.

3.1.1 Pliktetikk

Pliktetikken har sine røtter i de ti bud og den gyldne regel i bibelen, det religiøse aspekt kan derfor ikke avskrives i en slik sammenheng selv om det har vært en utvikling i hvilke plikter vi vektlegger. I dagens samfunn ser vi på noen plikter som viktigere enn andre. Plikten om å holde hviledagen hellig er for eksempel blitt mindre viktig enn at vi ikke skal slå i hjel. Plikter som har en tydelig bakgrunn i religion og de som er satt av lovgivning kalles *ytre plikter*. *Indre plikter*, spesielt representert ved den tyske filosofen Immanuel Kants pliktetikk, er av indre motivasjon og menneskelig fornuft (Brinchmann, 2012b, s. 57-58).

Kant mener handlingene våre må motiveres av en pliktfølelse som kommer fra fornuften. Med sitt humanetiske menneskesyn, ser han på mennesket som selvbestemmende og fritt. Som en konsekvens av dette kan mennesket også velge mellom ulike handlingsalternativer (Brinchmann, 2012b, s. 59). Pliktetikken ser helt bort fra konsekvensene av en handling, og fokuserer bare på personen og handlingen.

Er personens enkelthandling i tråd med en gitt plikt, kan den sies å være etisk forsvarlig (Nortvedt, 2012, s. 74). Kant formulerte det vi kan se på som en handlingsregel som skal gjelde alle mennesker i alle situasjoner. Han kalte dette *det kategoriske imperativ*. Kant mener her at man alltid skal handle etter en handlingsregel eller norm som kan sees på som etisk riktig i alle sammenlignbare situasjoner og for alle mennesker. I dette ligger ikke en interesse i selve handlingene, men hvilke motiver som ligger til grunn for dem. Vi skal aldri lyve, for det er galt, men i noen situasjoner kan vi tenke oss at det er mer skånsomt å fortelle en hvit løgn enn å fortelle sannheten. Det er i følge plikтетikken galt fordi plikten handler om at en aldri skal lyve (Brinchmann, 2012b, s. 59-60). Dette kan sees på som en del av den enkeltes menneskesyn.

Kants *humanitetsformulering* danner grunnlaget for tenkning om menneskeverdet i vår moderne verden. Vi finner deler av den i alt fra i FNs erklæring om menneskerettigheter til nasjonalt lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Formuleringen går ut på at ”du skal alltid handle slik du betrakter menneskeheten i din person så vel som hos enhver annen person som et formål i seg selv, og ikke bare som et middel” (Kant, 1964, referert i Nortvedt, 2012, s. 81). Vi kan ut fra humanitetsformuleringen se at alle mennesker er ukrenkelige, autonome og uerstattelige. Det er fåfengt å tenke at vi ikke bruker mennesker som midler, men de skal ikke *bare* være det.

3.1.2 Konsekvensetikk

Selv om konsekvensetikken ikke blir regnet som den mest framtreende i sykepleiepraksis, er den i følge Nortvedt (2012, s. 85) den mest innflytelsesrike av etiske teorier i moderne tid. Til forskjell fra plikтетikkens hovedfokus på person og handling, retter konsekvensetikken seg mot handlingenes konsekvenser og mål (Sneltvedt, 2012, s. 68). Enkelt sagt er konsekvensetikken orientert mot at en handling er etisk akseptabel når den fører til best mulig resultat for flest mulig av de berørte parter. Vi må altså ta med i beregningen hvem som er de berørte parter i hver enkelt situasjon. I tillegg må det gjøres en vurdering av i hvilke grad partene blir berørt, og om konsekvensene veier tyngre enn andre faktorer. Konsekvensene for pårørende kan for eksempel veie tyngre enn pasientens selvbestemmelsesrett (Nortvedt, 2012, s. 85).

En utfordring ved konsekvensetikken er at det ikke er et skille mellom handlinger vi gjør og de vi unnlater å gjøre. I helsefagene er dette ofte skille mellom direkte og indirekte ansvar for et utfall. Allment sett, kan vi si at dersom en person i Norge ikke sender bistandsmidler til et trengende land i Afrika er personen indirekte ansvarlig for nød. Konsekvensetisk er det like galt som å ta penger fra noen, satt på spissen. I tillegg til dette kan det være en utfordring ved konsekvensetikk å beregne hvilke konsekvenser en handling vil få. Dette ser vi helt tydelig i forebyggende helsearbeid. Ved at vi ikke vet om det gir større grad av nytte for samfunnet å bevilge penger til kostholdskampanjer, eller å bruke de samme midlene på kreftforskning, er det vanskelig å vurdere konsekvensene på forhånd (Nortvedt, 2012, s. 93). Det blir argumentert for at det vil være altfor krevende å etterleve konsekvensetikken fullt ut. Den har føringer for hvordan vi skal leve privat, på lik linje med hvordan vi skal handle i, for eksempel sykepleieyrket (Nortvedt, 2012, s. 95).

3.2 Fra teoretisk til prinsippbasert medisinsk etikk

De fire etiske prinsippene *velgjørenhet*, *ikke skade*, *autonomi* og *rettferdighet* ble etablert av en etisk-medisinsk kommisjon på 1970-tallet. Beauchamp og Childress presenterte de fire etiske prinsippene i boken "Principles of Biomedical Ethics" (2001, referert i Brinchmann, 2012c, s. 84). Særlig fordi prinsippene ikke ble framlagt som etisk teori, men et praktisk-etisk rammeverk, fikk autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet en sentral plass i den vestlige medisinske etikk (Brinchmann, 2012c, s. 84). Til hvert prinsipp tilhører en praktisk plikt, og i ulike situasjoner må vi veie prinsippene opp mot hverandre. Ett prinsipp er ikke viktigere enn et annet i utgangspunktet. Til en hver tid må vi tilstrebe minst mulig konsekvenser av å velge ett prinsipp over et eller flere andre, slik må vi alltid ha med oss konsekvensetikken i praksis (Brinchmann, 2012c, s. 84-86).

3.2.1 Velgjørenhet og ikke skade

Opprinnelig var prinsippene om velgjørenhet og ikke skade samlet i ett (Brinchmann, 2012c, s. 84). I velgjørenhetsprinsippet ligger plikten til å gjøre godt for andre, og motsatsen, ikke å skade andre. Brinchmann (2012c, s. 85) beskriver ikke skade-

prinsippet som en perfekt plikt fordi en aldri, uansett, skal skade et annet menneske. En kan ikke gjøre alle vel alltid, derfor er ikke velgjørenhetsprinsippet like perfekt. Disse to prinsippene kan spores tilbake til Hippokrates, legestandens far, i den greske antikken (Brinchmann, 2012c, s. 87).

I tillegg til velgjørenhet i kontakten med enkeltpasienter kan en løfte blikket til å se på prinsippet med konsekvensetiske briller. Målet med velgjørenheten blir å skape et best mulig helsevesen for så stor del av samfunnet som mulig med de knappe ressursene vi har. Prinsippet innbefatter i tillegg hensynet til menneskene rundt pasienten. Pasientens, så vell som helsepersonells beslutninger om behandling og pleie påvirker flere enn én. Det er en forutsetning at sykepleier innehar en empatisk egenskap for å kunne leve seg inn i pasientens helhetlige situasjonen. Det er både konsekvenser av og plikter til at vi etterlever velgjørenhet og vi må aktivt ta ansvar i oppgavene vi tar på oss i sykepleie (Nortvedt, 2012, s. 96).

Selv om ikke skade-prinsippet på mange måter er pasientens beskyttelse overfor krenkelser i en dårlig praksis, er det også et som viser oss plikten sykepleiere har til å lindre pasientens smerte og lidelser. Vi må alltid søke å handle med tanke på at pasienten skal ha minst mulig skade av det vi gjør, om det er å legge inn et venekateter eller om det er i stell. I så måte kan vi se på prinsippet som førende i pliktetik. Det sier noe om hvordan vi skal oppføre oss i pasientsituasjoner, med varsomhet og empati (Nortvedt, 2012, s. 97). Begge disse prinsippene handler i stor grad om den omsorgen vi yter i sykepleie.

3.2.2 Autonomi

Autonomi (selvbestemmelse) er et prinsipp som i etterkrigstiden ble spesielt viktig (Nortvedt, 2012, s. 96), noe som fremgår av blant annet Helsinkideklarasjonen. Grunnlaget for autonomiprinsippet er at mennesket blir sett som selvbestemmende vesen. Menneskeverdet står sentralt i forståelsen av autonomi. Ut fra tanken om at alle mennesker er like mye verd, at vi verdsetter oss selv og forventer respekt for våre valg, må vi igjen verdsette andres selvlovgivning og våre medmenneskers verd (Nortvedt, 2012, s. 97).

Nortvedt (2012, s. 97) utnevner autonomiprinsippet til ”det viktigste uttrykket for tanken i sykepleien”, nettopp fordi vi anerkjenner at ethvert menneske har kompetanse til å ta egne valg. Det er både en *positiv rett* ved at vi kan kreve enkelte ting på egne vegne, men også en *negativ rett* til å nekte. I følge Masterstvedt (2003) er det liten tvil i at Immanuel Kant kan kalles autonomiens far. Vi ser autonomiprinsippet igjen i humanitetsformulering ved respekten for individet som en verdi i seg selv.

3.2.3 Rettferdighet

Tanken om likebehandling og rettferdighet i helsetjenester ble uttrykt av Aristoteles i antikken, men er først i nyere tid regnet som en sentral del av helsepolitikk og etikk. Veksten av helsetjenester, ressurskravet og kostnadene, sammen med menneskerettighetstenkning er direkte årsaker til en realisasjon av rettferdighetens vesensbetydning. Alle har rett på samme omsorg uavhengig av blant annet sosialt nettverk, medisinske behov, bakgrunn, kjønn og status (Nortvedt, 2012, s. 98).

3.3 Fra prinsipp til lov og yrkesetikk

Parallelt med det norske helsevesenets oppbygging har helselovgivningen fått en mer fundamental rolle i sykepleiefaget, så vel som hos andre yrkesgrupper innen helse og omsorg. I den norske helselovgivning ser vi igjen de fire etiske prinsippene i tillegg til menneskesynet fra blant annet humanitetsformuleringen (Lunde, 2012, s. 167).

Yrkesetikken, som et selvpålagt styringsverktøy, skal bidra til rettledning i etiske problemstillinger og høy moralsk standard i yrkesutøvelsen (Lunde, 2012, s. 166).

Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer, sykepleiernes etiske regler, ble første gang godkjent i landsstyret i 1983. Dokumentet har blitt revidert flere ganger gjennom årene da det blir sett på som vesentlig at samfunnsendringer gjenspeiles, slik at dokumentet kan brukes aktivt i sykepleiehverdagen. Disse yrkesetiske retningslinjer bygger på International Council of Nurses' (ICN) ”Code of Ethics for Nurses” (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011).

3.3.1 Velgjørenhet og omsorgsfull hjelp

Helsepersonelloven, § 4 (1999) første ledd, sier at ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Både det lovfestede kravet om omsorgsfull hjelp og velgjørenhetsprinsippet finner vi igjen i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Ved at §§ 2.2 og 2.3 (NSF, 2011) har noe overordnede formuleringer, som at ”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten”, samt ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Dette er de samme tankene vi finner igjen i sykepleiens grunnlag ved at ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (NSF, 2011).

3.3.2 Selvbestemmelse og medvirkning

Autonomi blir omtalt mer som medbestemmelsesrett enn selvbestemmelsesrett i sykepleiens yrkesetiske retningslinjer. Med vide begrep i § 2 (NSF, 2011) er det formulert at ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være *medbestemmende* og retten til ikke å bli krenket” (min utheving). I § 2.5 (NSF, 2011) ser vi at pasientens autonomi blir sterkere framhevet ved formuleringen ”Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse”. Likevel ser vi at dette skjer i en paragraf som sier at pasienten kan ”frasi seg sin selvbestemmelse” ikke en som presiserer den. Mer håndfast står det i § 2.4 (NSF, 2011) at ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”. Denne plikten presiserer det som står i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 (1999) *hovedregel om samtykke*, som gir et klarere bilde av selvbestemmelsens betydning:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

I tillegg tilføyer § 3-1, første ledd (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), pasientens rett til å medvirke:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

En vesentlig del av all sykepleie er å gi pasienten tilstrekkelig og forståelig informasjon, både fordi pasienten skal kunne ta stilling til valg og oppfylle pasientens autonomi.

3.3.3 Ikke skade - Ikke dødshjelp

Både yrkesetiske retningslinjer og norsk lovverk tydeliggjør standpunktet mot aktiv dødshjelp. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 2.11 (NSF, 2011) fremgår det at sykepleiere ikke skal bidra til aktiv dødshjelp eller bistår pasienten i selvmord. Norges lover har en mer omfattende regulering av aktiv dødshjelp. I dag er det straffeloven av 1902 som regulerer dette. En ny straffelov ble vedtatt av Stortinget i 2005. Loven vil erstatte den nåværende, men trer tidligst i kraft i løpet av inneværende år, 2014 (straffeloven, 2005). Jeg vil presentere det som representerer aktiv dødshjelp i straffeloven av 1902 i tillegg til den reviderte loven og forskjellene mellom de to.

Straffeloven § 236 første ledd (1902) viser hvilke holdning det norske samfunn har til aktiv dødshjelp ved å konstatere at ”Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv Livet (...) straffes som for Medvirkning til Drab eller grov Legemsbeskadigelse, øvet mod en samtykkende”. Likevel vises det av § 235 annet ledd (straffeloven, 1902) at det kan gis lavere straff ved at den drepte har samtykket til handlingen. ”Er nogen

med eget Samtykke dræbt (...), eller har nogen af Medlidenhed berøvet en haabløs syg Livet eller medvirket hertil, kan Straffen nedsættes under det ellers bestemte Lavmaal og til en mildere Strafart”.

Den nye straffeloven (2005) har tre paragrafer som er verd å merke seg i forhold til problemstillingen. I § 275 heter det at ”Den som dreper en annen, straffes med fengsel fra 8 inntil 21 år”. Relevansen i forhold til legeassistert selvmord kommer tydeligere fram ved § 277, annet ledd (straffeloven, 2005) ”Den som medvirker til at noen tar sitt eget liv, straffes med fengsel fra 8 inntil 21 år (...)” Et av de nye elementene i straffeloven av 2005 er en egen paragraf som omhandler medlidenhetsdrap. I § 278 fremgår det ”Dersom noen av medlidenhet dreper en person som er dødssyk, eller som av andre grunner er nær ved å dø, kan straffen settes under minstestrafen eller til en mildere straffart enn det som følger av § 275.”

Til forskjell fra loven av 1902 blir begrepet ”håpløst syk” byttet ut i den nye utgaven, med ordene ”dødssyk” og ”nær ved å dø”. Dette er for å innsnevre loven noe i forhold til psykiske- og kroniske lidelser, eksempler som kan oppfattes som ”håpløs syk” (Justis- og beredskapsdepartementet, 2008). Aktiv dødshjelp regnes som drap. Likevel viser denne paragrafen oss at det gis åpning for at straffen kan settes under minstestraff som beskrevet ved drap.

4.0 Hvem er det lidende menneske og hvor er sykepleier?

Oppgavens fokus flyttes her fra de etiske teorier over på menneskene i spørsmålet om aktiv dødshjelp. Jeg vil i det forestående presentere en oversiktsartikkel om sykepleieres rolle i aktiv dødshjelp, samt pasientrefleksjoner rundt temaet, hentet fra en annen studie. Tilslutt vil Katie Erikssons lidelsesteori bli presentert.

4.1 Hva er sykepleieres rolle i aktiv dødshjelp?

De Beer, Gastmans, & Dierckx de Casterlé (2004) laget en internasjonal oversiktsartikkel om sykepleieres rolle i den totale prosessen av aktiv dødshjelp. Selv om aktiv dødshjelp er legalisert i både Nederland og Belgia vet man lite om sykepleiernes rolle, selv her. De mener studien vil være relevant med hensyn til utvikling av retningslinjer for klinisk praksis (s. 494).

Sykepleieren *mottar ønsket* om aktiv dødshjelp i mange tilfeller, fordi det er de som er rundt pasienten hele døgnet. Av studiene i oversiktsartikkelen vises det til at gjennomsnittlig 25 prosent av sykepleierne har mottatt forespørsler om aktiv dødshjelp fra pasienter. Undersøkelser gjort i Australia viser at 90-92 prosent av sykepleierne informerer andre sykepleiere og leger, etter å ha mottatt forespørselen fra en pasient (De Beer, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2004, s. 495).

Sykepleieren er deltakende i *beslutningsprosessen*. I en kvalitativ studie fra Nederland kommer det fram at sykepleierne ikke mente det var nødvendig at de hadde en formell stemme. De syntes likevel det var viktig at de ble hørt i beslutningsprosessen, nettopp fordi sykepleiere kjenner pasientene på en annen måte enn legen og har en annen ekspertise. Studier viser at sykepleiere bare blir tatt med i diskusjonen i omtrent halvparten av tilfellene. Grunnene som ble gitt for hvorfor sykepleiere ikke ble konsultert var varierende fra at det var pasientens ønske, til at legen ikke hadde tid (De Beer, T., Gastmans, C. & Dierckx de Casterlé, 2004, s. 496).

Sykepleieren *utfører* aktiv dødshjelp. Rollen sykepleiere spiller i selve utførelsen av aktiv dødshjelp varierer fra tilstedeværelse i rommet, til det å administrere medikamentet som fører til pasientens død (De Beer, Gastmans, & Dierckx de

Casterlé, 2004, s. 496). Generelt sett var sykepleierens rolle å assistere familien og pasienten. En Nederlandsk studie viser at i 90 prosent av tilfellene hvor aktiv dødshjelp ble gitt i hjemmet var ikke sykepleier tilstede når det dødelige medikamentet ble administrert. I bare 7 prosent av tilfellene var sykepleieren i rommet med pasienten. Når aktiv dødshjelp ble gitt på sykehjem var sykepleier ved pasientens side i 60 prosent av tilfellene. Det er som oftest en lege som administrerer medikamentet, likevel ble det rapportert av 21 prosent av de spurte nederlandske spesialistene, at de noen ganger delegerte oppgaven til sykepleiere. Samme studie viste at sykepleiere i 4 prosent av tilfellene var de som ga aktiv dødshjelp. Grunnene til at oppgaven ble delegert var i de fleste tilfellene at sykepleiere hadde større kunnskap om infusjonspumper og annet teknisk utstyr. I tillegg ble det lagt til grunn at det var en vane, at det er på grunn av deres stilling i hierarkiet og fordi det var den enkleste løsningen. Sykepleieres generelle opplevelse av å være involvert i selve utførelsen ble beskrevet som krevende (De Beer, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2004, s. 496).

Det vi kan si med sikkerhet ut fra oversiktsartikkelen er at sykepleiere over hele verden mottar forespørsler om aktiv dødshjelp fra pasienter. Tross at sykepleiere står i slike situasjoner er de nærmest fraværende i debatten rundt aktiv dødshjelp. Studiene gir ikke et fullgodt bilde av sykepleierens oppgaver i prosessen av aktiv dødshjelp. Artikkelen viser likevel tydelig at sykepleiere har en viktig rolle fra pasienten ytrer et ønske om aktiv dødshjelp til medikamentet administreres (De Beer, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2004, s. 497).

4.2 Hva tenker pasienter om aktiv dødshjelp?

I en kvalitativ studie fra Australia (Elliott & Olver, 2008, s. 647) ble en gruppe på tjueåtte pasienter med uhelbredelig kreft spurt om behandling i livets siste fase. Formålet var å få en forståelse for pasientenes holdninger overfor aktiv dødshjelp. Studiens hovedfunn viser at tjuefire av pasientene snakket positivt om aktiv dødshjelp. At aktiv dødshjelp er et personlig valg ble fremhevet som viktig. Selv om alle pasientene i undersøkelsen hadde rundt tre måneder igjen å leve snakket de om aktiv dødshjelp som noe abstrakt, i forbindelse med en hypotetisk situasjon eller for en annen pasient.

Tap av verdighet, sammen med ekstrem smerte og lidelse ble av pasientene beskrevet som en mulig del av dødsleiet (Elliott & Olver, 2008, s. 651). Dette var faktorer som gjorde at de mente det var bedre å dø enn å leve uten kontroll og verdighet. Fire av pasientene var mot aktiv dødshjelp, mens nitten uttrykte bekymring i forhold til det som praksis. Spesielt betenkeligheter i forbindelse med potensielt misbruk ble trukket fram, sammen med viktigheten av kontroll og retningslinjer. Pasientene mente det kunne være mange grunner til at mennesker ba om aktiv dødshjelp og at disse alltid må kartlegges, ønsket må ikke bare oppfylles (Elliott & Olver, 2008, s. 655).

4.3 Katie Erikssons lidelsesteori

Katie Eriksson er en finsk sykepleier som har utarbeidet en omfattende omsorgsteori med grunnlag i sitt holistiske menneskesyn. Utgangspunktet for Erikssons teori er begrepene menneske, helse og omsorg. I hennes menneskesyn står ontologien sterkt ved at hun har fokus på menneskenes "innerste vesen" (Kristoffersen, 2011, s. 241). Tro, håp og kjærlighet har alltid vært viktige i den kristne tradisjon og likeså i Erikssons teori. Denne oppgaven anerkjenner Erikssons teori som bygget på hennes kristne tro, men vil samtidig fokusere på hennes tilnærming til det lidende menneske og ikke de aspekter som er spesielt knyttet til religion. I følge Kirkevold (1998, s. 185) mener Eriksson at det ikke er troen og håpets innhold og retning, men selve eksistensen av tro og håp om at det er noe utenfor en selv som er viktig. For å se helheten av mennesket er det vesentlig å se på hvordan mennesker forholder seg til andre, til verden og ikke minst til seg selv (Kristoffersen, 2011, s. 241). Tro og håp er begreper rettet mot fremtiden og den positive forventningen, mens kjærligheten skaper en bro til andre mennesker (Kirkevold, 1998, s. 185).

4.3.1 Begrepet lidelse

Eriksson skriver i boken "Det lidende menneske" (1995, s. 19) at begrepet lidelse inngikk i en endringsprosess hvor det spesielt etter 1940 ble regnet som synonymt med smerte og sykdom. Hun beskriver hvordan smerte og lidelse ikke er synonymt på grunnlag at det kan finnes fysisk smerte, uten eksistensen av lidelse. Lidelsen kan i så

måte også kan være reell uten smerten. Erikssons tanke går videre til at lidelsen er noe vondt som hender menneskene. Å lide er å ”pines” og ”ha vondt”.

Det vonde i lidelse, det som rammer menneskene og som vi utsettes for, har også dimensjoner av en kamp, av noe konstruktivt, som en forsoning. Lidelse er noe menneskene må tåle og holde ut (Eriksson, 1995, s. 19-21). Angst har en betydning i og for lidelse. Lidelse er, som med smerte, ikke ensbetydende med angst, men angsten kan være en årsak til lidelsen og et lidende menneske kan føle sterk angst (Eriksson, 1995, s. 27).

4.3.2 Pasienten – den lidende

Patiens er den latinske opprinnelsen av vårt begrep pasient. Her finner vi betydningen ”den lidende, den som tålmodig aksepterer og utholder” (Eriksson, 1995, s. 23).

Pasienten var ikke opprinnelig et begrep henført til sykdom, men tillagt et menneske som led. Det ble senere redusert ved en tilknyttelse til det medisinske; den syke, den som har en diagnose og som er under behandling. Det som nå er igjen av opprinnelsen er at pasienten i det moderne samfunnet må være den tålmodige, som venter. I det sosialpolitiske og medisinske perspektiv må en pasient være et menneske som kan vise til et objektivt sett av symptomer, en diagnose som i en form kan behandles av andre. Eriksson (1995, s. 25) beskriver vår virkelighet som stedet hvor lidelse har forsvunnet som begrep, men hvor det i stor grad fortsatt er en vesentlig del av menneskenes virkelighet. At mennesker ikke har meningsfylte forhold til andre er i følge Eriksson (1995, s. 35) den tyngste lidelsen. At vi unngår å bekrefte andres fulle menneskeverd er å krenke den andre og påføre lidelse. Vi må gå inn i oss selv og granske det ansvaret vi er forberedt å ta for hverandre.

Eriksson (1995, s. 27-39) nevner flere grunner til lidelse. Hun sier at lidelsen krenker menneskets verdighet og således er uverdighet og skyld kilder til lidelse.

Fordømmelse og kjærlighetsløshet, sammen med det å ikke bli tatt på alvor, ensomhet og ikke å være velkommen blir trukket fram som lidelsesskapende. I sykepleie møter vi i følge Eriksson tre former for lidelse. *Sykdomslidelse* som oppleves i både sykdom og behandling, *pleielidelse* som oppleves i selve pleiesituasjonen og *livslidelse* som blir beskrevet som lidelsen i det å leve ens eget liv og ensomheten i at en alene lever (Eriksson, 1995, s. 66). Det er både en sjelelig lidelse og fysisk smerte i

sykdomslidelsen. En stor del av den sjelelige og åndelige lidelsen er skam og skyld som oppstår både av følelsen av å selv være årsak til sykdommen, samt av synlige holdninger hos pleiepersonalet (Eriksson, 1995, s. 67).

4.3.3 Pleie- og livslidelse

Eriksson (1995, s. 69) siterer Florence Nightingale (1954, s. 166) i sin innledning til begrepet *pleielidelse*. ”Hvor lite man vet og forstår om den virkelige lidelse ved en sykdom. Hvor dårlig kan den som nyter god helse, sette seg inn i hva den sykes liv egentlig er”. Nightingale mener at lidelse ikke er et symptom på sykdom, men på utilstrekkelig pleie (referert i Eriksson, 1995, s. 69), mens Eriksson tillegger at pleielidelse blant annet oppstår ved *krenking av pasientens verdighet*, ved ikke å la pasienten være et helt menneske. Ved både konkrete handlinger og mer diffust gjennom ikke å gi mennesket plass, manglende etiske holdninger og unnværelse av et helhetlig menneskesyn vil pasienten oppleve krenkelser og derav pleielidelse (Eriksson, 1995, s. 70-71).

Fordømmelse og straff er en annen kilde til pleielidelse. Dette henger tett sammen med krenkelsen av menneskeverdet ved at sykepleieren vet hva som er best for pasienten. Pasienten har alltid en selvbestemmelsesrett, men dersom ”feil” valg blir tatt kan pasienten oppleve en fordømmelse. Straffen som gis er gjerne i form av nesten umerkelige forandringer i pleien, men de små ting kan utgjøre så mye i form av lidelse (Eriksson, 1995, s. 73). *Maktutøvelse og uteblitt pleie eller ikke-pleie* har en klar relasjon med de to nevnte kategoriene i pleielidelse og oppleves gjerne ved manglende evne til empati, ved at pasienten ikke blir tatt på alvor og ved frihetsberøvelse (Eriksson, 1995, s. 73-74).

Livslidelse er relatert til både sykdom og den helhetlige pasienttilværelsen, samt til den konkrete trusselen om tap av funksjonalitet. Det er lidelsen ved å være menneske og å leve, en lidelse som omfatter hele livssituasjonen (Eriksson, 1995, s. 74-75). Det er to former for livslidelse vi, i følge Eriksson (1995, s. 75) møter i pleien, *Å tilintetgjøres* er av ytre kraft, mens *å gi opp* er en indre følelse. At pasienter gir opp kan i følge Eriksson (1995, s. 75) komme av at pasienten ikke orker å kjempe mot, for eksempel uhelbredelig sykdom. Tap av verdighet og livsoppgaver som medvirker til

at pasienten gir opp gjør at det er vanskelig å vite hvordan vi skal handle og er i følge Eriksson situasjoner hvor spørsmålet om aktiv dødshjelp aktualiseres.

4.3.4 Å lindre lidelse

”Den unødvendige lidelsen bør vi strebe etter å eliminere, men det finnes lidelse som ikke kan elimineres og som vi bør gjøre alt for å lindre” skriver Katie Eriksson (1995, s. 76). Hun beskriver videre hvordan det å lindre lidelse framfor alt innebærer å gi den pleie pasienten trenger og ikke fordømme, krenke eller misbruke makten vi har som sykepleiere (Eriksson, 1995, s. 76). Noen eksempler på hvordan pleiere har opplevd å lindre lidelse er å være ærlig, å oppfylle ønsker, formidle håp eller dele håpløsheten og ved å formidle en grunninnstilling av å ønske å lindre lidelse. Pasientene har også tanker om hvordan lidelse kan lindres. Disse sammenfaller med pleiernes, men i tillegg sier de noe om å oppleve respekt og omsorg. Erfaringene om lindring sammenfattes til tre punkter (Eriksson, 1995, s. 77-78):

1. ”Ved å utvikle pleiekulturen og sykehusmiljøet”
2. ”Ved at pasienten føler seg elsket, bekreftet og forstått”
3. ”Ved å få den pleien og behandlingen som sykdommen og mennesket som enestående person trenger”

5.0 Å drøfte det sykepleiere ikke snakker om

I følge studien til De Beer, Gastmans og Dierckx de Casterlé, (2004, s. 494) møter mange sykepleiere et spørsmål om aktiv dødshjelp fra sine pasienter. Noen sykepleiere utfører aktiv dødshjelp og flere er med i beslutningsprosessen. Sykepleiere er likevel fraværende i den norske samfunnsdebatten. Hvordan sykepleiere kan forholde seg til at pasienter ber om aktiv dødshjelp vil jeg i denne delen drøfte med hensyn til konsekvens- og pliktetikkk. De fire prinsippers etikk kommer til uttrykk i yrkesetikk og lovverk satt i system gjennom synspunkter og argument.

5.1 En aktiv dødshjelpsdebatt

Med ujevne mellomrom har spørsmålet om aktiv dødshjelp engasjert det norske folk. Tidligere leder av Human-Etisk Forbund, Levi Fragell illustrerer dette poenget ved å sitere en kronikk i Dagbladet fra 1950. ”I avisen Vårt Land uttaler redaksjonen nylig et ønske om at diskusjonen om eutanasi nå bør være slutt. Mange andre sier og tenker sikkert det samme (...)” (Gill Dahl, 28.03.1950, sitert i Fragell, 2003, s. 35).

Diskusjonen tar pauser, men er enda ikke avsluttet, selv i 2014. Debatten har den siste tiden gått på ny i Norge og et mangfold av både fagpersoner og lekfolk har uttalt seg.

”Foreningen Retten til en verdig død” er positive til legalisering av aktiv dødshjelp i Norge, i form av legeassistert selvmord (Foreningen Retten til en verdig død, 2013). Organisasjonssekretær Olav Weyergang-Nielsen sier i et intervju til TV2 (Brandeggen, 2014) at ”Mennesker har rett til sitt eget liv, og sin egen død, det bør vi ta hensyn til”. Det norske samfunn blir stadig mer preget av individualismen. Vi ønsker å bestemme over oss selv i både liv og død. Bakgrunnen for intervjuet med Weyergang-Nielsen er at en dansk kvinne i desember 2013 sto fram i media med sin sykdomshistorie og fortalte at hun skulle til en klinikk i Sveits for å få aktiv dødshjelp (Johannesen, 2013).

Vi kan anerkjenne at en del av dette handler om autonomi. Vi aksepterer at et hvert menneske, i utgangspunktet, har kompetanse til å ta egne valg. I yrkesetiske

retningslinjer for sykepleiere, som kommentert i kapittel 3, står det i § 2.5 at pasientens rett til å selv foreta valg skal respekteres.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) heter det at pasienten har "(...) rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (...)". Slik det er i dag er aktiv dødshjelp verken et tilgjengelig eller forsvarlig alternativ i det åpne rom. Men noen steder er det det, noen benytter seg av det og vi vil nok aldri slutte å diskutere det.

5.1.1 Vil vi krenkes?

Som samfunnsengasjert motstander av aktiv dødshjelp og leder av Verdighetssenteret ved Røde Kors Sykehjem, har overlege Stein Husebø (2003, s. 49) stilt spørsmålet "er det mulig å krenke den enkeltes, eller spesielt den svakes, verdighet mer intenst enn ved å tilby å drepe vedkommende?" Han mener at de aller fleste som ber om aktiv dødshjelp egentlig ber om det motsatte, nemlig hjelp til å leve. Han skriver at vi, i stede for å svare: "Vi kan tilby deg en sprøyte som gjør slutt på det hele.", må kunne si: "Fru Hansen, jeg har gode nyheter. Du betyr mye for dine pårørende og dine venner. Du betyr mye for meg. Vi vil hjelpe deg. Vi kan lindre dine plager" (Husebø, 2009). For mange er det kanskje frykten for døden, som noe inderlig smertefullt, nedbrytende og nedverdiggende som gjør at mange mennesker har positive tanker om aktiv dødshjelp.

I pliktetikken kan vi skimte motsetninger i spørsmålet om aktiv dødshjelp. På den ene siden kan vi vektlegge autonomi. Dersom sykepleier eller lege nekter pasienten aktiv dødshjelp, strider det mot pasientens autonomi og vil være galt, uansett konsekvenser. Kants pliktetiske tenkning bærer likevel en fordømmelse av selvmord og aktiv dødshjelp. Han tenker seg at pasientens autonomi krenkes, gjennom å oppfylle et ønske om aktiv dødshjelp. Kant begrunner dette med at personen blir fratatt selve muligheten til å kunne ta en eneste beslutning noensinne igjen (Masterstvedt, 2003, s. 391). Likevel ser vi at pasientene i den australske studien påpekte at ønsket om aktiv dødshjelp må kunne være et personlig valg. Mange snakket her positivt om aktiv dødshjelp på vegne av de som virkelig ønsker det. Vi kan likevel stille oss spørrende til hvor mange det egentlig er?

I en undersøkelse Synovate gjorde for foreningen Retten til en verdig død viser at 70 prosent av nordmenn er positive til aktiv dødshjelp i form av legeassistert selvmord. Høyre og Fremskrittspartiets velgere er mest positive, henholdsvis 77-78 prosent (referert i Dolonen, 2009). I dag er det nettopp disse partiene som sitter i regjering og mye tyder på at debatten ikke kommer til å ta slutt riktig enda.

5.1.2 Kan vi krenke?

I forbindelse med velgjørenhet i sykepleie trekker Nortvedt (2012, s. 96) fram at velgjørenhet forutsetter at sykepleier tar ansvar og er empatisk i forhold til pasientens situasjon. Det finnes plikter som hører med til velgjørenhet. Helsepersonelloven § 4 (1999) retter blikket mot nettopp omsorg og forsvarlighet som en plikt i helsetjenestene. Et moment ved faglig forsvarlighet er at sykepleiere må operere innenfor både lovverkets og yrkesetikkenes mange rammer. Ved å presisere at hjelpen skal være omsorgsfull legges det til en dimensjon som kanskje bedre blir utdypet av yrkesetikken enn selve lovverket. For kan vi følge loven uten å handle allmenmoralsk forsvarlig i praksis? Slik jeg tolker det er ikke det en mulighet. Men vi kan snu på spørsmålet og heller spørre oss om det er mulig å handle allmenmoralsk forsvarlig uten å følge loven? I spørsmål om aktiv dødshjelp er dette interessant og det forkjempere for legalisering prøver å svare ja på.

Selv om loven gjelder alt helsepersonell, fra ufaglærte til de mest spesialiserte leger, har sykepleierne både et stort ansvar overfor pasientene, i tillegg til tett kontakt. Dette kommer fram også av artikkelen til De Beer, Gastmans, & Dierckx de Casterlé (2004) hvor sykepleieres omfattende deltakelse i prosessen rundt aktiv dødshjelp ble presentert. Velgjørenhetsprinsippet handler i stor grad om den subjektive opplevelsen av omsorg, den objektive plikten til å ikke gjøre noen vondt. I tillegg er kravet til omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven et krav som retter seg mot at vi skal vise pasienten respekt, ærlighet og omtanke. Dette er det samme Eriksson forteller at pasientene beskrev som lindrende for sine lidelser, beskrevet i kapittel 4.3. Dersom vi oppfyller ønsker og gir den behandling pasienten ønsker og kanskje trenger, ved å drepe vedkommende, hva kan da være følgen?

5.2 Blir dødshjelp lov, vil drap følge?

Den australske moralfilosofen Peter Singer (2002, referert i Nortvedt, 2012, s. 93) viser til at det ikke er forskjell på situasjoner hvor en utfører aktiv dødshjelp og situasjoner hvor behandling avsluttes med pasientens død som forventet følge (passiv dødshjelp), sett med konsekvensetiske briller. I praksis handler dette om direkte og indirekte ansvar for en pasients død. Det innebærer i dag en stor forskjell for både helsepersonell og samfunnet generelt i hva vi anser for å være drap eller ikke drap. Vi skal alltid velge alternativet som skaper best mulig konsekvenser for flest mulig av de berørte parter (Nortvedt, 2012, s. 85), og som nevnt er det noen ganger vanskelig å kalkulere hvilke konsekvenser handlinger kan få. Et tungtveiende argument mot legalisering av aktiv dødshjelp er at vi ikke vet nettopp konsekvensene.

5.2.1 I skråplan

Skråplansargumentet, som det blir kalt, refererer til at legaliseringen av aktiv dødshjelp i Norge kan føre oss ut på et *skråplan* som gjør at vi tilslutt aksepterer drap på andre betingelser enn de som gjelder i starten (Herrestad, 2005, s. 133). Herrestad (2005, s. 134) beskriver det slik: ”Hvis vi tillater praksis A, vil nødvendigvis eller sannsynligvis praksis B følge”. Praksis B er moralsk forkastelig, derfor kan vi ikke tillate praksis A heller”.

Tanken rundt konsekvensene er som følger: dersom vi legaliserer aktiv dødshjelp vil samfunnsholdningene endres, sakte men sikkert og vårt forhold til døden med disse. Det er en helsefaglig oppfatning at det finnes ekstreme unntakstilfeller hvor aktiv dødshjelp kan være etisk forsvarlig (Masterstvedt, Syse & Borchgrevink, 2005, s. 616). Under den Hippokratiske etikk var aktiv dødshjelp forbudt på lik linje med abort. Grunnlaget for dette var bruddet med ikke skade-prinsippet (Nortvedt, 2012, s. 95).

5.2.2 Steget vi i prinsippet har tatt

Norsk helsevesen har allerede brutt med Hippokrates' legeed ved legalisering av selvvalgt abort. I denne diskusjonen var kvinnens autonomi i sentrum og det tyngst veiende argument. Et grunnlag for legalisering av abort er at kvinnen skal unngå

alvorlig belastninger ved å få et barn. Hvem andre enn kvinnen selv kan si hvilke belastninger det vil påføre henne? (Herrestad, 2005, s. 137). Dersom Norge, rent hypotetisk, godtar aktiv dødshjelp i tilfeller av uutholdelig lidelse, hvem er det som kan avgjøre om pasientens lidelse er uutholdelig, andre enn pasienten selv? Som Eriksson gjengir at Florence Nightingale påpeker, kan vi i liten grad sette oss inn i menneskers lidelse og rangere hvor uutholdelig eller uutholdelig den er. Dette gjør aktiv dødshjelp til et spørsmål utenforstående vanskelig kan ta stilling til, men som vi i tilfellet legalisering er absolutt nødt til å kunne regulere.

Plikten til ikke å drepe tilhører prinsippene om ikke å skade og velgjørenhet. Likevel må det være mulig å spørre oss om det er å skade når pasienten selv ønsker det? Dette er det ulike meninger om. Ut fra Kants handlingsregel bør vi alltid handle etter samme norm i alle sammenlignbare situasjoner. Her melder spørsmålet om kriterier, ved eventuell legalisering seg. Er det slik at en pasient som er nær døden skal få dø, mens en som likefult lider, ikke skal få aktiv dødshjelp? Spørsmålet kan settes inn i skråplansargumentet og har flere svar. Det er tydelig at rettferdighetsprinsippet også er av vesentlig betydning. At alle mennesker har rett på samme omsorg må alltid være med oss i sykepleie. I hvilken grad er det rettferdig at en kreftpasient som kan leve i 5 måneder med sin lidelse får aktiv dødshjelp, mens en pasient med multippel sklerose, som kan leve i 5 år, ikke skal få det? Når vi godtar abort, av mennesker som mest sannsynlig ville ønsket å leve, er det ikke et paradoks at vi ikke vil innvilge et ønske om aktiv dødshjelp fra mennesker som ønsker å dø? Det er mange spørsmål, uten entydig etisk forsvarlige svar.

5.2.3 En plikt til å dø?

Faren for misbruk er en mulig konsekvens av legalisering. Husebø (2003, s. 51) reflektert over at vi, ved legalisering, legger et alternativ i kurven, som viser nedprioritering av de svakeste gruppene i samfunnet. Det er noe som heter at tilbud skaper etterspørsel. Hvorfor skal da samfunnet bygge opp en god eldreomsorg og et godt palliativt tilbud til gamle, syke pasienter, når vi kan ha et tilbud som sparer samfunnet penger? Dette kan være en konsekvens av legalisering. Katie Eriksson (1995, s. 76) sier at vi ikke må misbruke den makten vi har som sykepleiere og at vi må være bevisst de holdningene vi har i forhold til pasientene da disse kan skape

pleielidelse. Disse holdningene kan bli endret dersom loven endres. I undersøkelsen av pasienters holdninger ble det uttrykt bekymring med tanke på misbruk hos flere av de spurte (Elliott & Olver, 2008). Frykten for at aktiv dødshjelp ikke bare skal være et alternativ for de ekstreme unntakstilfellene er reell for pasientene og må derfor være det for samfunnet. Motargumentet er at en legal dødshjelpspraksis er innført i flere land, og ingen katastrofale konsekvenser har materialisert seg (Warnock, 2008, s. 4).

Mary Warnock, moralfilosof og medlem i det britiske Overhuset, er forkjemper for aktiv dødshjelp i England. Hun argumenterer for at holdningsendringen og skråplanet kan være en positiv konsekvens ved at det ikke er galt å føle en plikt til å dø, når det nyttige livet er over. Warnock (2008, s. 4) ser for seg at mennesker som blir til byrde for sine nærmeste og samfunnet bør få hjelp til å avslutte livet. Hun uttrykker at både den psykiske og økonomiske belastning for alle rundt pasienten gjør aktiv dødshjelp til et godt tilbud sett på bakgrunn av konsekvensetisk tankegang. Det vil gi positive konsekvenser for pasienten som ønsker å dø og ikke være til bry, for samfunnet som vil spare penger og for de pårørende som vil slippe å pleie for pasienten og se vedkommende lide (Warnock, 2008, s. 5).

Katie Eriksson uttrykker i sin bok at livslidelsen oppstår ved tap av verdighet og livsoppgaver. Dette er et synspunkt vi se igjen hos Warnock. Her ligger ikke argumentet om fysisk smerte øverst, men all den lidelse det innebærer å være pasient, det lidende menneske, i livslidelsen. Dersom vi ser for oss at mennesker med rette skal føle en plikt til å dø, vil ikke mennesket da være sterkt påvirket av samfunnsnormen om aktiv dødshjelp er alternativ? Det er et faktum at 70 prosent av samfunnet vårt ønsker å ha en mulighet til aktiv dødshjelp, skal vi tro undersøkelsen gjort av Synovate (referert i Dolonen, 2009). Warnock (2008, s. 4) tenker seg at mennesker ikke ønsker å være til byrde når sykdom eller høy alder bryter ned kropp og funksjonsevne. Er det utenkelig at dette også er en tanke hos det norske folk? Det tror jeg på ingen måte. I dagens Norge må vi gå bort fra individualismen til en viss grad når vi blir gamle, syke eller på annen måte mister funksjon. Vi må lære å være til bry, siden aktiv dødshjelp ikke er et alternativ. Vi må, både som individer og samfunn på mange måter bevare håpet.

5.3 Håpets fotskifte

Eriksson (1995, s. 77) skriver at det å formidle håp eller å være sammen i håpløsheten er med på å lindre lidelse. Husebø (2009) bruker sin erfaring i refleksjonen rundt *håpets fotskifte*. ”Når livets avslutning nærmer seg, stiger håpet. Men det endrer karakter” (Husebø, 2009). Det er et skifte fra håpet om bedring til et håp om en god dag, om å bli møtt med respekt og omsorg, et håp om å ha noen å elske og at noen elsker meg. Så enkelt som at noen savner meg når jeg er borte. ”Ingenting er håpløst” skriver Husebø (2009). Som tidligere beskrevet i kapittel 4, står håpet sentralt for Eriksson. For henne er det ikke hva håpet er rettet mot, men det at troen og håpet eksisterer som er betydningsfullt.

Slik jeg tolker Eriksson er ikke håpløshet det samme for henne som for Husebø. Mens Husebø mener vi alltid kan fremme et håp, reflekterer Eriksson over at pasienten kan *oppleve* håpløshet når lidelsen er stor og ikke kan elimineres. For det er når mennesker ikke føler å ha meningsfylte relasjoner til andre at lidelsen blir tyngst (Eriksson, 1995, s. 77). Bekreftelse og forståelse blir derfor viktig. Det ser vi igjen i hennes forståelse av hva som lindrer lidelse. Både ved at vi deler håpløsheten og at pasientene føler seg elsket, bekreftet og forstått. I den reviderte straffeloven (2005) blir begrepet ”håpløst syk” byttet ut med ”dødssyk” for å avklare hvilke forhold som medregnes (Justis- og beredskapsdepartementet, 2008). Men i min tolkning er dette også meningsfullt ved en forståelse av at livet ikke er håpløst, og at ingen er håpløst syk.

Det er i følge oversiktsartikkelen av De Beer, Gastmans og Dierckx de Casterlé (2004) en stor andel av sykepleiere som opplever å måtte ta stilling til spørsmålet om aktiv dødshjelp. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier § 2.2 (NSF, 2011) blant annet at sykepleiere skal understøtte håp hos pasientene. Den enkeltes behov for helhetlig omsorg skal ivaretas (§ 2.3, NSF, 2011), noe som for meg implisitt betyr at vi i sykepleie alltid må fremme håp.

6.0 En forsiktig oppsummering

Hvordan sykepleiere *skal* forholde seg til at pasienter ber om aktiv dødshjelp er gitt ved blant annet lov og yrkesetikk. Jeg har i denne oppgaven drøftet hvordan sykepleiere *kan* forholde seg til spørsmålet om aktiv dødshjelp. Målet har vært å få et reflektert forhold til problemstillingen og ikke gi en konklusjon på spørsmålet. Sykepleiere har i stor grad vært fraværende i debatten som med ujevne mellomrom dukker opp i samfunnet. Dette til tross for at det er denne gruppen som ofte mottar ønsket fra pasientene og som i noen tilfeller, i land med legal praksis, utfører aktiv dødshjelp.

Viktige motargument i spørsmålet om legalisert aktiv dødshjelp er at vi frykter konsekvensene. Bekymringene er rettet mot at legalisering kan føre oss ut på et skråplan som endrer våre holdninger til drap. Pasienter kan tilslutt føle en plikt til å dø når de blir til byrde for sine nærmeste og samfunnet. Det blir argumentert for at dette ikke er utelukkende negativt. Pliktopplyllende mennesker som blir hjelpetrengende bør få innfridd sin siste plikt, til å dø. Samfunnsspørsmålene er store. Hvorfor skal vi være et land som satser på kompetanseutvikling innen palliasjon og geriatri, hvis vi får et tilbud om aktiv dødshjelp?

Kan det være velgjørenhet av sykepleiere å handle ut fra allmennoppfattelsen av autonomi, å hjelpe pasienten som ønsker å dø? Er det sant som Husebø sier, at de fleste virkelig ønsker hjelp til å leve? Det er mange som mener de har svaret på disse spørsmålene.

Sykepleiere må vite hvorfor vi skal fremme håp når pasienten ønsker å dø. Da må vi vite hvor vi står og hvorfor. Håpets fotskifte handler om å tro og håpe fra et annet perspektiv. Ha et håp om å elske, at noen elsker meg og savner meg når jeg er død.

Litteraturliste

Brandeggen, T. (2014) Synd at Janne måtte dra til utlandet for å dø. *TV2, 9. Januar 2014* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://www.tv2.no/2014/01/09/nyheter/utenriks/helse/aktiv-dodshjelp/5211417#.UxdmzeewZlk>> [Lest 5. mars 2014].

Brinchmann, B. S. (2012a) Innledning. I: Brinchmann, B. S. red. *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 15-21.

Brinchmann, B. S. (2012b) Kapittel 3: Pliktetikk. I: Brinchmann, B. S. red. *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 55-66

Brinchmann, B. S. (2012c) Kapittel 5: De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann, B.S. red. *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 81-96.

De Beer, T., Gastmans, C. & Dierckx de Casterlé (2004) Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *Journal of medical ethics* [Internett], 30 (5), s. 494-498. Tilgjengelig fra:

<<http://jme.bmj.com/content/30/5/494.full.pdf+html>> [Lest 11.februar 2003].

Dolonen, K. A. (7. mai 2009) *Flertall for aktiv dødshjelp* [Internett], Oslo, Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra:

<<http://www.sykepleien.no/nyhet/190500/flertall-for-aktiv-dodshjelp>> [Lest 6. Mars 2014].

Elliott, J. A. & Olver, I. N. (2008) Dying cancer patients talk about euthanasia. *Social Science & Medicine*, 67 (4) august, s. 647-656.

Eriksson, K. (1995) *Det lidende menneske*. Oslo, TANO.

Foreningen Retten til en verdig død (2013) *Historikk* [Internett], Foreningen Retten til en verdig død. Tilgjengelig fra: <<http://www.livstestament.org/c-284-Historikk.aspx>> [Lest 6. Mars 2014].

Fragell, L. (2003) Barmhjertighet? *Omsorg*, 20 (3), s. 35-39.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999) *Livshjelp*. NOU 1999:2. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra:

<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6.html?id=141466>> [Lest 22. desember 2013].

Herrestad, H. (2005) Bruken av skråplansargumenter mot legalisering av aktiv dødshjelp. I: Herrestad, H & Mehlum, L. red. *Uutholdelige liv*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 133-147

Husebø, S. (2003) Aktiv dødshjelp: Hva saken egentlig gjelder. *Omsorg*, 20 (3), s. 49-54.

Husebø, S. (2009) En synders refleksjoner. *Aftenposten*, 12. juni 2009 [Internett].

Tilgjengelig fra:

<<http://www.aftenposten.no/meninger/article3120003.ece#UxjTqewZll>>

[Lest 11.februar 2003].

Johannesen, S. (2013) Kim ville følge sin kone i døden. *Ude og Hjemme*, 27.

november 2013 [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://www.udeoghjemme.dk/Artikler/Kaerlighed-og-sorg/2013/11/48-kim-ville-folge-sin-kone-i-doden.aspx>> [Lest 16.februar 2003].

Justis- og beredskapsdepartementet. (2008) *Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28 (siste delproposisjon – slutføring av spesiell del og tilpassning av annen lovgivning)*. Ot.prp. nr. 22 (2008-2009). Oslo, Justis- og beredskapsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-22-2008-2009-.html?id=540219>> [Lest 25. februar 2014].

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011) Kapittel 6: Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E. A. Red. *Grunnleggende sykepleie: bind 4*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 207-270

Langdridge, D. (2006) *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim, Tapir.

Lunde, B. V. (2012) Kapittel 10: Juss og etikk i sykepleien. I: Brinchmann, B. S. red. *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 166-187.

Masterstvedt, L. J. (2003) Palliative care on the 'slippery slope' towards euthanasia? *Palliative medicine* [Internett], 17 (5), s. 387-392. Tilgjengelig fra: <<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j73.pdf>> [Lest 2. mars 2014].

Masterstvedt, L. J. et al. (2007) Kapittel 8: Eutanasi. I: Kaasa, S. red. *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 153-177.

Masterstvedt, L. J., Syse, A. & Borchgrevink, P. C. (2005) Straffelovskommisjonen om aktiv dødshjelp. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* [Internett], 125 (5), s. 614-616. Tilgjengelig fra: <<http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2005/614-6.pdf>> [Lest 2. mars 2014].

Nortvedt, P. (2012) *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2012) Kapittel 4: Konsekvensetikk. I: Brinchmann, B. S. red. *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 67-78.

Sørbye, L. W. (2010) Sitér og referer korrekt. *Sykepleien Forskning* [Internett]. 5 (4), s. 330-331. Tilgjengelig fra:

<<http://www.sykepleien.no/forskning/nyttestoff/589602/sit%C3%A9r-og-referer-korrekt>> [Lest 20. Februar 2014].

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget.

Warnock, M. (2008) A duty to die? *Omsorg*. 25 (4), s. 3-5.

Lover og retningslinjer:

Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64.*

Tilgjengelig fra: <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>>

[Lest 25. februar 2014].

Norsk Sykepleierforbund [NSF] (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:*

ICNs etiske regler. [Rev. utg.]. [Internett], Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf>

[Lest 17. februar 2014].

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.*

juli 1999 nr. 63. Tilgjengelig fra: <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>> [Lest 25. februar 2014].

Straffeloven. (1902) *Almindelig borgerlig Straffelov av 22. mai 1902 nr. 10.*

Tilgjengelig fra <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10>>

[Lest 25. februar 2014].

Straffeloven. (2005) *Lov om straff av 20. mai 2005 nr. 28.* Tilgjengelig fra:

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven*

[Lest 25. februar 2014]

Publiseringsavtale

bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: Håpets fotskifte – i dødshjelp og sykepleie

Tittel på engelsk: The change of hope – in euthanasia and nursing

Kandidatnummer: 101

Forfatter(e): Elise Hesthamar

Årstall: 2014

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 Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

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

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

Ja
Nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

Ja
Nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

Ja
Nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

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

Ja
Nei