



**Blekinge Tekniska Högskola**  
**Sektionen för hälsa**

# **SJUKSKÖTERSORS UPPFATTNINGAR AV PASSIV DÖDSHJÄLP I PALLIATIV VÅRD**

**EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE**

**DRAGANA LADJA**  
**JELENA LADJA**

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp  
VO 1309  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Januari 2009

*Karlskrona 2009-01-14*  
*Mats Lintrup*

Examinator: Mats Lintrup  
Handledare: Ann-Solveig Olofsson  
Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona

# SJUKSKÖTERSORS UPPFATTNINGAR AV PASSIV DÖDSHJÄLP I PALLIATIV VÅRD

## EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

DRAGANA LADJA  
JELENA LADJA

Ladja, D., och Ladja, J. Sjuksköterskors uppfattningar av passiv dödshjälp i palliativ vård – en kvalitativ litteraturstudie. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa, 2009.

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Sjuksköterskans kunskaper, förhållningssätt, etiska principer och medkänsla betyder mycket, inte bara för patienten utan även för patientens anhöriga i livets slutskede. Dessa faktorer spelar även en stor roll för att sjuksköterskorna ska kunna ta ställning vid passiv dödshjälp. Passiv dödshjälp förekommer i Sverige och är tillåten. Denna form av dödshjälp innebär att en behandling avbryts eller inte sätts in på sjukvårdens initiativ, patientens eller anhörigas begäran. **Syfte:** Syftet är att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors uppfattningar av passiv dödshjälp inom palliativ vård. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes, baserad på sju vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. Analysen inspirerades av den analysmetod som beskrivits av Graneheim och Lundman (2004). **Resultat:** I resultatet framkom följande kategorier; patientens lidande, konsekvenser, patientens önskan, erfarenheter, brist på inflytande, etiska dilemman, patientens livskvalitet och legalisering av eutanasi, som har betydelse för sjuksköterskors inställning till passiv dödshjälp. Patientens lidande och de återstående alternativen som t.ex. patientens egen önskan för att lindra lidande var avgörande för acceptansen av passiv dödshjälp i en viss situation. **Slutsats:** De flesta sjuksköterskor hade en positiv inställning till passiv dödshjälp eftersom det i slutändan bidrog till en god död och att själva dödsprocessen kunde ske smärtfritt.

*Nyckelord:* Etik, eutanasi, kvalitativ innehållsanalys, livsuppehållande vård, palliativ sedering, passiv dödshjälp, uppfattningar.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	sid
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
<b>Eutanasi</b>	1
<i>Aktiv dödshjälp</i>	1
<i>Passiv dödshjälp</i>	1
<b>Palliativ vård</b>	2
<i>Palliativ sedering</i>	3
<i>Sjuksköterskans roll i palliativ vård</i>	3
TEORETISK REFERENSRAM	4
<b>Etiska principer</b>	4
<i>Autonomiprincipen</i>	4
<i>Godhetsprincipen</i>	4
<i>Principen att inte skada</i>	4
<i>Rättvisprincipen</i>	5
SYFTE	5
METOD	5
<b>Datainsamling</b>	5
<b>Tabell 1. Sökresultat i databaser</b>	6
<b>Analysmetod</b>	7
RESULTAT	7
<b>Patientens lidande</b>	7
<b>Konsekvenser</b>	8
<b>Patientens önskan</b>	8
<b>Erfarenheter</b>	9
<b>Brist på inflytande</b>	10
<b>Etiska dilemman</b>	11
<b>Patientens livskvalitet</b>	11
<b>Legalisering av eutanasi</b>	12
DISKUSSION	13
<b>Metoddiskussion</b>	13
<b>Resultatdiskussion</b>	13
SLUTSATS	16
REFERENSER	
BILAGOR	

# INTRODUKTION

Eutanasi eller dödshjälp som själva ordet betyder är ett kontroversiellt ämne som diskuteras inom den svenska sjukvården och världen runt. Attityder, upplevelser, etiska principer, kulturer och religioner har en stor betydelse för inställning till det aktuella ämnet. Dessa faktorer spelar även en stor roll för att sjuksköterskorna ska kunna ta ställning vid eutanasi. I sitt arbete möter sjuksköterskor ofta svårt sjuka patienter som inte vill leva mer. Det kan till exempel vara svåra smärtor som orsakar stort lidande hos patienten, men också patienter som i sitt dagliga liv är beroende av all hjälp och har svårt att se något positivt i tillvaron. Det kan då vara väldigt svårt att bemöta dessa patienter. Eftersom vi utbildas till sjuksköterskor och ska arbeta inom vården, där kontakt med svårt sjuka och döende patienter ofta förekommer, blir det intressant att belysa sjuksköterskors inställning till passiv dödshjälp inom palliativ vård. Intresset väcktes dock för drygt fyra år sedan, då en dokumentärfilm visades där en svensk man reste till Schweiz för att få hjälp att dö, då han efter en trafikolycka blev totalförslamad och beroende av respirator. Denna händelse skapade en het debatt i Sverige men väckte även blandade känslor hos oss. Eftersom aktiv dödshjälp inte praktiseras i Sverige, valde vi istället att belysa sjuksköterskornas attityder till passiv dödshjälp inom palliativ vård.

## BAKGRUND

### Eutanasi

På 600-talet f. Kr. myntades ordet "eutanasi", vilket kom från grekiskans "eu" som betyder god och "thanatos" som betyder död. Ordet *eutanasi* betyder en god död, med innebörden att de skulle göra det så bra som möjligt för den döende människan. Det hade ungefär samma betydelse som idag läggs i begreppet "palliativ (symptomlindrande) vård". Eutanasi är ett mångtydigt begrepp där det har skett en betydelseförskjutning. Med ordet eutanasi avses idag dödshjälp. Det finns flera former av eutanasi, två av dem är: *aktiv* och *passiv* dödshjälp (Arlebrink, 2006).

### *Aktiv dödshjälp*

Aktiv dödshjälp innebär att påskynda döden och hjälpa de döende att få en god, värdig och underlättad död på patientens begäran. Det innebär att ett medicinskt ingripande utförs på patientens egen begäran vars resultat är att vederbörande dör. Åtgärder som direkt leder till patientens död, är t.ex. en överdos av sömnmedel (Tranöy, 1993).

*Aktiv dödshjälp* är ett omdiskuterat ämne i hela världen och är förbjudet i flera kulturer som kommer i konflikt med religiösa och humanistiska uppfattningar om livets okränkbarhet och varje människas rätt att leva. Denna form av dödshjälp är även förbjuden i Sverige. De länder som tillåter aktiv dödshjälp är t.ex. Nederländerna och Belgien (Arlebrink, 2006).

### *Passiv dödshjälp*

Enligt Arlebrink (2006) innebär passiv dödshjälp att en behandling avbryts eller sätts inte in på sjukvårdens initiativ, patientens eller anhörigas begäran. Denna form av dödshjälp förekommer i Sverige och är tillåten. De kriterier som kan ställas upp för att kunna benämna en handling för passiv dödshjälp är följande:

- Behandling som syftar till att göra patienten frisk skall inte längre vara meningsfull.
- Patienten skall endast ha en begränsad tid kvar att leva.
- Syftet med det man gör eller avstår från att göra ska vara patientens död.
- Motivet skall vara barmhärtighet; det är för patientens skull man gör något eller avstår från att göra något.

- Ansvarig skall vara behandlande läkare.
- Handlingen får inte hemlighållas utan skall journalföras.
- Beslut om passiv eutanasi får endast fattas av läkare inom den offentliga sjukvården
- Handlingen skall antingen bestå i att man avstår från att sätta in livsförlängande behandling eller avslutar sådan behandling (Arlebrink, 2006, s. 155).

Med *passiv dödshjälp* avses en situation där döden inträder under vård och behandling av den döende och därmed inleds inte potentiellt livsförlängande åtgärder. Det betyder att livsuppehållande insatser som respirator, vätsketillförsel, hjärt- och lungräddning, dialys och liknande får avbrytas på sjukvårdens initiativ, patientens eller anhörigas begäran. Passiv dödshjälp praktiseras på patienter som till exempel har en långt framskriden demenssjukdom och ligger i djup koma efter en massiv hjärninfarkt. Ett annat exempel är när läkaren avstår från att återuppliva en svårt sjuk cancerpatient som får en hjärtinfarkt. Det betyder att medicinska och tekniska hjälpmedel undviks för att hålla den svårt sjuke och döende patient vid liv. Det innebär vanligen att; sluta mata och ge medicin och uteslutande sköta hygien, lägga om sår och fukta munnen, samt att regelbundet injicera morfin för att döva smärta och söva (Qvarnström, 1993). Arlebrink (2006) menar att konsekvenserna av och syftet med aktiv och passiv dödshjälp är desamma, nämligen patientens död, men i övrigt skiljer sig de båda handlingarna åt. Därför är det viktigt att poängtera skillnaden mellan aktiv och passiv dödshjälp:

*”Vid aktiv dödshjälp dör patienten av något annat än sin sjukdom, t.ex. av en överdos, medan vid passiv dödshjälp dör patienten av sin grundsjukdom eller av en komplikation till grundsjukdomen”*(Arlebrink, 2006, s. 157).

Att stänga av en respirator blir därför, enligt denna definition, passiv dödshjälp, eftersom patienten då dör av sin grundsjukdom (Arlebrink, 2006).

I Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2) om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede ges riktlinjer för ställningstagande till livsuppehållande åtgärder när botande behandling inte längre är möjlig. I vården av patienter som befinner sig i livets slutskede är det i enlighet med de allmänna råden möjligt att avstå från livsuppehållande behandling som enbart förlänger livet. Sjukvårdens uppgift är inte att påskynda eller förlänga döendet utan att hjälpa den sjuke att få avsluta sitt liv med så lite smärta och ångest och under så värdiga och lugna former som möjligt (a.a).

### **Palliativ vård**

Begreppet *palliativ* kommer ursprungligen från det latinska begreppet *”pallium”* vilket betyder mantel, en metafor av lindrande i motsats till kurativ. Det övergripande syftet med palliativ vård är att skapa en så god livskvalitet som möjligt för patienten och dennes närstående (Beck-Friis, 2005). Inom den svenska sjukvården används begreppet palliativ vård för att lindra smärta och andra symtom av besvärande karaktär, när patienterna befinner sig i livets slutskede (Sandman & Woods, 2003).

Sjuksköterskan ställs inför svåra mänskliga beslut i vården av den svårt sjuke patienten. För att dessa beslut skall kunna lösas krävs en förståelse för patientens reaktioner i den speciella situation som livets slutskede utgör. För den svårt sjuka patienten händer under denna period mycket på många olika plan (Arlebrink, 2006). Förnekande, ångest, oro sorg, depression, vrede samt förtvivlan är några av de känslor som inträder i livets slutskede. Förlusten av de roller som individen har haft i livet samt att behöva skiljas från närstående och vänner. Det

finns även en existentiell och andlig aspekt till lidandet, till exempel tankar om livets mening, Guds existens och ett liv efter döden (SOU, 2001:6).

### *Palliativ sedering*

Palliativ sedering i livets slutskede (ibland kallat terminal sedering) är också en form av passiv dödshjälp och innebär att patientens medvetandenivå sänks med hjälp av läkemedel för att lindra outhärdlig smärta som inte kan botas på annat sätt. Meningen med palliativ sedering är att lindra symtom och inte att söva patienten. Syftet är inte att förkorta livet, men palliativ sedering i livets slutskede kan få två effekter: en önskad dvs. lindring av somatiska och psykiska plågor och en oönskad, ett förkortat liv. I detta sammanhang är det avsikten och inte konsekvenserna som avgör om handlingen är etiskt godtagbar. I vården av döende patienter förekommer det att symtom inte går att lindra på annat sätt än genom palliativ sedering. Symtomen kan vara fysiska som smärta, andnöd, kramper och illamående eller psykiska som ångest, rädsla och förvirring. Palliativ sedering är en sista utväg för symtomlindring hos en döende patient (Svenska Läkaresällskapet, 2003).

Enligt Engström, Bruno, Holm och Hellzén (2007) är palliativ sedering ett begrepp som lätt kan missförstås. Dess tvetydighet är uppenbart ur ett etiskt perspektiv, vilket kan leda till förvirring av dess innebörd. På grund av olika innebörd av begreppet, är det svårt att skilja på den verkliga betydelsen. Även om patienten är sederad med avsikt att förkorta hans/hennes liv eller att få kontroll över ohanterliga symtom, kan begreppet tillämpas i båda fallen, även om de skiljer sig avsevärt från ett etiskt perspektiv. Det är viktigt att betona att terminal sedering lätt kan tolkas som en beteckning för en slags behandling som leder till döden och att den upprätthålls tills döden inträder. Denna definition av ordet "sedering" kan vara mycket missvisande när gränsen mellan sedering och dödshjälp suddas ut. Detta är en anledning till att termen "palliativ sedering" används oftare. Palliativ sedering har ett viktigt syfte; symptom kontroll och ett försök att lindra patientens lidande. Sedering kan vara ett alternativ i livets slutskede om sjukvården har misslyckats med att kontrollera svåra symtom som smärta, ångest eller andra existentiella problem (a.a). Lynch (2003) anger att palliativ sedering endast kan användas som ett behandlingsalternativ för patienter som lider av outhärdliga symtom, som inte reagerar positivt till någon behandling och när patienten är nära döden. Woods (2004) anser att palliativ sedering är acceptabelt, om avsikten är att minimera patientens lidande på ett sätt som överensstämmer med patientens önskan. Engström et al. (2007) betonar att 15-36 % av alla patienter som får terminal cancervård, dör med symtom som endast kan hanteras och kontrolleras med hjälp av sedering.

### *Sjuksköterskans roll i palliativ vård*

Sjuksköterskans roll i livets slutskede är att hjälpa patienten att uppleva en fridfull och värdig död. Då ökar ansvaret och det blir mer komplext allt eftersom sjukdomen fortskrider. I detta läge, stöter patienten och anhöriga på en situation som är ny och som de inte tidigare erfarit. Det är då sjuksköterskans ansvar att stödja både patienter och anhöriga för att bibehålla kontrollen av situationen och hjälpa till med att formulera frågor som är viktiga för dem, när det är möjligt. Att hjälpa dem genom denna process med framgång är naturligtvis en integrerad del av omvårdnaden (Kassa, 2001). Sjuksköterskan som är verksam inom palliativ vård, måste ha ett starkt engagemang, empati och lyhördhet för patienten. Att visa varje patient respekt och att se det goda i henne, hjälper sjuksköterskan i hennes funktion också under svåra omständigheter. Om patienten önskar finna mening i sin situation, hjälper sjuksköterskan henne med detta, vilket i sin tur ger patienten styrka. Ett ömsesidigt förtroende är en förutsättning för en god relation mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskans uppgift är också att ge patienten adekvat information om exempelvis läkemedel, kroppsliga

förändringar och smärta, att hjälpa patienten och anhöriga att förstå vad som kommer att hända. En god kommunikation, mellan sjuksköterska och patient, är en central aspekt i den palliativa vården. Sjuksköterskan måste följaktligen visa att hon är både professionell yrkesutövare och medmänniska. Hon har även det yttersta ansvaret för att patienten får uppleva livskvalitet när han/hon inte själv längre kan uttala sina önskemål (Beck-Friis & Strang, 2005).

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ska arbetet hon utför genomsyras av en helhetssyn och etiskt förhållningssätt. Detta innebär bland annat att hon ska:

- *utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn*
- *visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet*
- *visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar*

(Socialstyrelsen, 2005).

## TEORETISK REFERENSRAM

### **Etiska principer**

I Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2) finns det att läsa om de fyra *etiska* grundprinciper inom svensk hälso- och sjukvård som vårdarbetet är uppbyggt på. *Autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada* och *rättvisepincipen*. Principerna innebär att den sjuka tas om hand så att hon känner sig delaktig och behåller sin självständighet.

#### *Autonomiprincipen*

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2) betonas det att varje människa har rätt att bestämma över sitt eget liv och varje människa har skyldighet att respektera andra människors autonomi. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) framhävs det att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen ska, så långt det är möjligt genomföras och utformas i samråd med patienten. Samtidigt står det i Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2) att en förutsättning för detta är att personen i fråga är beslutskompetent. För att kunna nyttja sin rätt att själv bestämma måste patienten få korrekt information. En huvudsaklig regel inom svensk sjukvård är att ingrepp eller åtgärder, vars syfte är att orsaka en patients död, aldrig får användas. Även om detta skulle vara patientens önskan, kan i sådana fall självbestämmanderätten inte gälla (a.a).

#### *Godhetsprincipen*

Godhetsprincipen innebär att människan har en moralisk skyldighet att vara till hjälp och nytta för andra. Inom sjukvården innebär detta att personalen dessutom har en skyldighet att vårda och hjälpa de sjuka (Socialstyrelsen, 1992). Det innebär att handlingar gentemot en patient alltid skall ske utifrån dennes intresse. Att handla utifrån godhetsprincipen innebär inte att ta över avgöranden från patienten, utan låta patienten konfronteras med verkligheten, men samtidigt finnas med som stöd när denne drabbas av ångest eller skall fatta svåra beslut (Arlebrink, 2006).

#### *Principen att inte skada*

Människan har en skyldighet att inte skada varandra. Detta utesluter inte att personal inom sjukvården ibland måste ge behandling som kan leda till skada (Socialstyrelsen, 1992). En del av dessa skador uppkommer som en följd av försöken att hjälpa patienten att återvinna hälsa eller att försöka hålla sjukdomen under kontroll. Skadan är då ett medel för att nå målet hälsa

eller kontroll av sjukdomen (Arlebrink, 2006). Biverkningar av en behandling måste till exempel accepteras när de uppvägs av den nytta som behandlingen medför för den sjuke, som exempelvis användning av smärtstillande läkemedel vid vård i livets slutskede. En avvägning måste alltid göras mellan patientens behov av att bli smärfri och de oönskade effekter som sådana läkemedel ibland kan ge (Socialstyrelsen, 1992).

### *Rättvisprincipen*

I Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2) är en huvudsaklig princip i all sjukvård respekten för människors lika värde. Det innebär att vård skall ges på lika villkor oavsett kön, ålder, funktionsnedsättning, sjukdomens art eller dess orsaker. Arlebrink (2006) skriver att vid rättvis sjukvårdsfördelning måste utgångspunkten vara patienten och de behov han har, vilket också bör vara det rimligaste att utgå från inom all vård och behandling. Till grund för ett ställningstagande ligger en medicinsk bedömning tillsammans med bedömning av vilken insats patienten kan tillgodogöra sig med hänsyn till sina förutsättningar (a.a).

## SYFTE

Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors uppfattningar av passiv dödshjälp inom palliativ vård.

## METOD

Studien genomfördes som en litteraturstudie, som bygger på analyser av publicerade vetenskapliga artiklar. Det innebär att tidigare dokumenterade kunskaper inom ämnesområdet granskats. Urvalet av vetenskapliga artiklar gjordes därefter med hjälp av inklusions respektive exklusionskriterier utifrån studiens syfte. Därefter analyserades materialet med hjälp av en innehållsanalys och sammanställdes i en resultatdel.

### **Datainsamling**

Inledningsvis genomfördes litteratur- och artikelsökningar. Vetenskapliga artiklar har sökts i databaserna: Academic Search Elite, CINAHL, ELIN och Medline vid Blekinge Tekniska Högskola (se Tabell 1). Följande sökord har använts: attitudes, critical care, ethics, euthanasia, nurses/nursing, palliative care och terminal care. Olika kombinationer med sökorden utfördes i de ovannämnda databaserna. Sökkombinationer har varierat för att finna relevanta artiklar som motsvarar vårt syfte. Utöver databassökningarna gjordes dessutom en manuell sökning, där en artikel hittades via en referenslista i en vetenskaplig artikel. Vid granskning av elva artiklar, lästes först titeln och sammanfattningen för att få ett sammanfattande intryck av innehållet. I de fall abstractet motsvarade syftet, lästes även resultatdelen. Resterande artiklar sorterades bort eftersom de inte motsvarade det avsedda syftet med studien eller inte var vetenskapligt granskade. Kvar fanns då sju artiklar vilka ingår i analysen.

*Inklusionskriterier:* Artiklarna var vetenskapligt granskade och publicerade mellan 1995-2008 och utgick från sjuksköterskors attityder till passiv dödshjälp i samband med palliativ vård. Det som också begränsat vårt urval är artiklar med kvalitativ ansats från olika delar av världen och skrivna på engelska. Kvalitativ ansats kännetecknas av att fokuset ligger på att tolka och skapa mening och förståelse för människans subjektiva upplevelser av omvärlden eller problemet (Forsberg & Wengström, 2003).



*Exklusionskriterierna:* Artiklar som hade kvantitativa ansatser, eller som utgick från läkarnas, anhörigas eller patienternas perspektiv. Ytterligare exklusionskriterier var artiklar som publicerats tidigare än år 1995.

**Tabell 1. Sökresultat i databaser**

Datum	Databas	Sökord	Limits	Antal träffar	Antal utvalda	Använda i resultatet Författare & år
081109	Academic Search Elite	Attitudes AND Nurses AND Palliative care	Peer-reviewed artiklar. År 1995-2008	10	1	Georges, J.J., Grypdonck, M., & Dierckx de Casterle, B. (2002)
081104	Cinahl	Nursing AND Palliative care AND euthanasia	Peer-reviewed artiklar. År 1995-2008	42	1	Rietjens, J.A., Hauser, J., van der Heide, A., & Emanuel, L. (2007)
081105	Cinahl	Nursing AND Palliative care AND euthanasia	Peer-reviewed artiklar. År 1995-2008	42	1	Verpoort, C., Gastmans, C., & Dierckx de Casterle, B. (2004)
081201	Cinahl	Ethics AND Nursing AND Terminal Care	Peer-reviewed artiklar. År 1995-2008	32	1	Oberle, K., & Hughes, D. (2001)
081106	Elin	Attitudes AND Nurses AND Palliative care	Peer-reviewed artiklar. År 1995-2008	40	1	Nordgren, L., & Olsson, H. (2004)
081107	Elin	Attitudes AND Nurses AND Palliative care	Peer-reviewed artiklar. År 1995-2008	40	1	Ablett, R.J., & Jones, R. S. P. (2007)
081201	Medline	Critical Care AND Nursing AND Terminal Care	Peer-reviewed artiklar. År 1995-2008	43	1	Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004)

## **Analysmetod**

Den analysmetod som användes var Graneheims och Lundmans (2004) beskrivning av tillvägagångssätt vid innehållsanalyser i syfte att analysera de vetenskapliga artiklarna. Stegen i innehållsanalysen är:

- I första steget ska artiklarna läsas och granskas för att få en inblick i vad artiklarna handlar om
- Andra steget går ut på att ta ut meningsenheter ur artiklarnas resultatdel
- I steg tre kommer meningsenheterna att kondenseras men ändå bibehålla textens innehåll
- Meningsenheterna kodas i steg fyra
- I steg fem formuleras koderna till subkategorier
- Avslutningsvis sammanförs subkategorierna till kategorier

(Graneheim & Lundman, 2004).

De utvalda artiklarnas resultat lästes flera gånger för att få en helhetsbild och djupare förståelse av ämnet. De meningar som motsvarade syftet med studien markerades och bildade meningsenheterna. Detta utfördes individuellt. Efter den enskilda genomläsningen och markeringen av meningsenheterna jämfördes de markerade meningarna. Därefter diskuterades artiklarnas innehåll för att se om de tolkats likvärdigt. Sedan sällades bort eller inkluderades de meningsenheter som inte markerats av båda. De meningsbärande enheterna översattes till svenska och kondenserades, vilket innebar att meningsenheterna komprimerades men textens innehåll bevarades. Därefter kodades de förkortade meningsenheterna. De kondenserade meningsenheterna, det vill säga kärnan i meningen sorterades i olika subkategorier, detta med hjälp av koderna. Utifrån subkategorierna bildades kategorier som mynnade ut till rubriker som användes i resultatdelen (se bilaga 2).

## **RESULTAT**

Resultatet redovisas utifrån de faktorer som påverkar sjuksköterskornas uppfattningar av passiv dödshjälp inom palliativ vård. Följande kategorier framkom; Patientens lidande, konsekvenser, patientens önskan, erfarenheter, brist på inflytande, etiska dilemman, patientens livskvalitet och legalisering av eutanasi.

### **Patientens lidande**

Rietjens, Hauser, van der Heide och Emanuel (2007) visar i sin studie att palliativ sedering användes delvis eftersom patienten uppvisade flera plågsamma fysiska symtom som smärta, andnöd, terminal rastlöshet och kräkningar. Förutom allvarliga fysiska symptom, var icke-fysisk lidande hos patienten också en viktig orsak till användningen av palliativ sedering. Detta lidande var ofta beskrivet i termer av existentiellt/känslomässigt lidande eller svår ångest, som alltid uppstod i samband med allvarliga fysiska symptom. Användningen av palliativ sedering för patientens icke-fysiska lidande var en svår fråga för hälften av sjuksköterskorna som ingick i studien. De tampades med det, eftersom de ansåg att denna typ av lidande var utanför deras expertis. De tyckte att det var något snarare subjektivt, som var svårt att mäta och svårt att behandla. Några sjuksköterskor menade att förutom att lindra fysiska symptom, var användningen av palliativ sedering motiverad om patienten bett om det. Enligt ett fåtal sjuksköterskor, var förutom att lindra patientens lidande, även familjens oro till patientens död, en orsak till användning av palliativ sedering (a.a). I en annan studie av Verpoort, Gastmans och Dierckx de Casterle (2004) kunde man läsa att många olika typer av lidande kan ligga till grund för en begäran om passiv dödshjälp. Sjuksköterskorna gjorde en

åtskillnad mellan fysiskt och psykiskt lidande. Psykiskt lidande kan innebära många saker: en upplevelse av meningslöshet, oro för det okända, hopplöshet, förlust av kontroll, känslan av att man har blivit en börda, relationskonflikter, etc. Psykiskt lidande kan vara lika illa eller ännu värre än fysiskt lidande. Några av sjuksköterskorna såg ingen skillnad mellan det. Det är upp till patienten att signalera om vad som är outhärdlig smärta. Alla sjuksköterskor erkände att, jämfört med fysisk smärta, kände de sig mycket mer hjälplösa inför psykiskt lidande. På grund av det var psykiskt lidande som grund för passiv dödshjälp mindre acceptabelt än fysiskt lidande. Olika skäl till detta gavs av sjuksköterskorna. Till exempel att psykiskt lidande är ofta mindre synligt och svårare att känna empati för än fysiskt lidande. Både synligt lidande och förmågan till medkänsla var viktiga faktorer för acceptansen av passiv dödshjälp (a.a).

### **Konsekvenser**

Ett ämne som togs upp i Rietjens et al. (2007) studie var huruvida sjuksköterskor uppfattar användningen av palliativ sedering som en förkortning av dödsprocessen (förkortning av lidandet) eller ifall det påskyndade dödsprocessen (förkortning av livet) på patienten. Många sjuksköterskor gav denna fråga en hel del eftertanke. Sjuksköterskornas attityder kunde urskiljas i tre olika perspektiv. Det första var att palliativ sedering inte påskyndar dödsprocessen. Det andra var att palliativ sedering hade kunnat förkorta dödsprocessen, men eftersom det var det enda sättet att ta itu med svåra symptom accepterades oavsiktlig följd av att förkorta livet. I tredje perspektivet gränsade palliativ sedering till bruket av dödshjälp. De flesta sjuksköterskor följde endast det första perspektivet, som ansåg att användningen av palliativ sedering inte förkortade patientens liv. Endast ett fåtal sjuksköterskor följde det andra perspektivet det vill säga att palliativ sedering kunde ha förkortat dödsprocessen (Rietjens et al, 2007).

*”I don’t feel like it’s accelerating the dying process but just keeping them comfortable. Because death is inevitable”* (Rietjens et al, 2007, sid. 646).

Tre sjuksköterskor tyckte att det var möjligt att palliativ sedering kan ha förkortat livet. Men de kände att detta var rättfärdigat eftersom palliativ sedering var den enda sättet att lindra patientens outhärdliga symptom (Rietjens et al, 2007).

*”We were treating symptoms that could not be treated in any other way. We did him the better service by getting him comfortable than when we shouldn’t have done that at all. Maybe he would have lived a couple of days longer, but then he would have been very uncomfortable. The aim was to keep him comfortable, not to shorten his life”* (Rietjens et al, 2007, sid. 646).

Några av sjuksköterskorna ansåg att bruket av palliativ sedering ibland gränsade till bruket av dödshjälp eftersom de då kände sig obekväma med att arbeta på en hårfin linje mellan dödshjälp och palliativ sedering. Trots detta ansågs palliativ sedering bland alla sjuksköterskor positivt bidra till en god död, eftersom själva dödsprocessen då kunde ske smärtfritt (Rietjens et al, 2007).

### **Patientens önskan**

Enligt Olsson och Nordgren (2003) var en av de vitalaste frågorna bland sjuksköterskorna, att ta reda på vad patienten och hans anhöriga önskar. I Rietjens et al. (2007) framkom det att ett

av skälen till palliativ sedering var att uppfylla patientens sista önskan i livet, och få de anhöriga mer bekväma genom en känsla av en fridfull avslutning efter en svår period av lidande.

*"I think it makes a tremendous difference. We did what the patient really wanted. We were able to help him rest because he wasn't able to do that"* (Rietjens et al, 2007, s. 647).

Sjuksköterskorna i Olsson och Nordgrens studie (2003) tror att genom att respektera patientens integritet kan patientens värdighet bevaras. Detta illustrerades genom sådana handlingar som att ta hänsyn till patientens och anhörigas önskemål. Men även handlingar som att inte gå in i patientens rum om det inte var nödvändigt eller ifall anhöriga var närvarande. Så att patienten kunde få en fridfull död om det var det han/hon önskade (a.a). I Verpoort et al. (2004) hade sjuksköterskor som intervjuades stor respekt för patientens autonomi. Denna respekt var en följd av att palliativ vård är ett försök att ge patienterna så mycket valfrihet som möjligt. För vissa, var dödshjälp en del av detta fria val. Men alla sjuksköterskorna motsatte sig individuella rätten att hävda sin självbestämmanderätt, vilket strider mot deras syn av självständighet som en relations självbestämmanderätt. Den här bredare uppfattningen om autonomi bygger på det faktum att patienten är inbäddad i ett nätverk av sociala relationer. Eftersom patienten ofta förväntar sig mycket från andra, ansåg sjuksköterskorna att patienten också hade en skyldighet att ta hänsyn till deras önskemål. På detta sätt kan de som står närmast patienten ha en rätt att ta avsked av patienten. Eftersom dessa människor kommer att gå vidare med sina liv, tyckte sjuksköterskorna att det var viktigt att ett samförstånd rådde, eftersom det var mycket svårt att påbörja en sorgprocess om man inte respekterade patientens beslut (a.a).

## **Erfarenheter**

Ett tema som framkom i Olsson och Nordgren (2003) var att sjuksköterskorna trodde att professionella erfarenheter gjort dem mer kvalificerade i bedömningen av patienternas tillstånd och bidrog till effektiv vård hos patienter. Dessutom är förmågan av att känna empati och medkänsla nära kopplat till arbetslivserfarenhet och förmågan till eftertanke. Sjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet (fem år eller mer på hjärtintensivvårdavdelning) tyckte att det var enklare än sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet (mindre än fem år) att förstå situationer för patienter och anhöriga. Dessutom, verkade sjuksköterskorna väl förberedda att hjälpa döende patienter och kunde fokusera på denna uppgift utan några allvarliga problem. Arbetslivserfarenhet och eftertanke sågs som processer som gör det möjligt för professionella vårdgivare att känna sig bekväma med konsekvenserna av död eller döende. Sjuksköterskorna beskrev denna process som en nödvändig professionell kompetens, för att ha mod att vårda döende patienter och möta deras anhöriga. Trots sjuksköterskornas avsikt att ge god palliativ vård och en värdig död för patienterna, misslyckades de ibland på grund av vissa hinder som förhindrade att god vård kunde uppnås. Dessa hinder hade sitt ursprung i faktorer, som främst förknippas med strukturen på avdelningen. Några av dessa problem är förknippade med avdelningsmiljön och bristen på tydliga riktlinjer. Vid intervjuer framkom det att det inte fanns några tydliga riktlinjer för palliativ vård på avdelningen. Till exempel vid beslut om livsuppehållande åtgärder bör det dokumenteras i patientens medicinska journal (Olsson & Nordgren, 2003). Enligt Georges, Grypdonck och Dierckx de Casterle (2002) hade sjuksköterskor understrykt behovet av att respektera viktiga regler på avdelningen. När till exempel patienter nämnde att överväga passiv dödshjälp, menade vissa sjuksköterskor att de först måste följa rutinerna inom organisationen och sedan gå vidare för att förklara dem till patienten. Detta tycks vända deras uppmärksamhet bort från den

existentiella karaktären av begäran. I Olsson och Nordgren (2003) påvisades andra hinder som hade sitt ursprung bland sjuksköterskorna själva, som otillräcklig kunskap, kortare arbetserfarenhet eller deras relationer till patienterna, till exempel svåra dialoger, onödigt lidande eller i samband med konflikter i teamarbetet. Sjuksköterskorna menade att deras kunskap och utbildning om palliativ vård var i allmänhet otillräckliga (a.a).

*”We need more education. What happens to a dying body theoretically, what does science say about this? What are the needs of dying patients? You have some tacit knowledge about this and about pain control and so on, but it’s not sufficient”* (Olsson & Nordgren, 2003, s. 190).

Sjuksköterskorna betonade att samarbete och kommunikation med enhetens permanenta läkare var i allmänhet tillfredsställande, men det uppkom ibland problem med läkare som var unga, hade för lite erfarenhet eller arbetade tillfälligt på enheten. Beslutet att inte fortsätta med livsuppehållande behandling eller att avstå från sådan behandling är ett mycket svårt beslut att göra bland läkare. Sjuksköterskor trodde att läkare ibland föreskrev åtgärder, undersökningar eller behandlingar på grund av oro för att bli anmälda eller på grund av personlig rädsla i samband med dödsfall (Olsson & Nordgren, 2003).

Rietjens et al. (2004) skriver att det var anmärkningsvärt hur sjuksköterskor som anslutit sig till perspektivet av att palliativ sedering ibland gränsar till bruket av dödshjälp, var ofta de sjuksköterskor som hade liten erfarenhet av palliativ sedering. Detta tyder på att attityderna till känsliga frågor som till exempel palliativ sedering formas delvis genom erfarenheter av den.

I Georges et al. (2002) studie om sjuksköterskornas erfarenheter inom palliativ vård tittar de på patientens problem på ett bredare sätt, och försöker se problemet ur patientens synvinkel och inte enbart ur en medicinsk synvinkel.

### **Brist på inflytande**

I en australiensisk studie av Halcomb, Daly, Jackson och Davidson (2004) beskrevs det att spänningar och konflikter var uppenbara i många former utifrån sjuksköterskornas berättelser. I viss utsträckning uttryckte alla deltagare konflikten angående deras roll i beslutsprocessen och processen när livsuppehållande vård ska begränsas eller avstås ifrån. Läkarna uppfattades ofta som ovilliga att överväga de psykosociala aspekterna av situationen eller erkänna meningslös och betungande terapi. Den mest tydligt formulerade klagomålet var att läkare uteslöt sjuksköterskor från beslutsprocessen och utformningen av vårdplanen, och när beslut tagits att föregå medicinsk behandling var sjuksköterskorna lämnade att hantera döendeprocessen (a.a.).

*”The mind your business and I’ll make the decision, then they make their decision or have the family make the decision . . . and then leave you to deal with it they do it all the time . . . ”* (Halcomb et al., 2004, s. 218).

Den sociala hierarkin inom hälso- och sjukvården begränsar sjuksköterskor i vilken utsträckning de är tillåtna att delta i beslutsfattandet kring livsuppehållande vård. Ständigt skiftande roller och förväntningar leder till konflikter och spänningar bland sjuksköterskorna (Halcomb et al, 2004).

## Etiska dilemman

I en kanadensisk studie av Oberle och Hughes (2001) visade det sig att sjuksköterskorna på en intensivvårdavdelning upplevde oro i osäkra situationer där de tyckte att fel metod utövades och att det bidrog till patientens lidande. På grund av detta tenderade sjuksköterskorna att döma läkarnas avgörande av huruvida läkarna tagit rätt beslut eller skrivit rätt ordination. Detta skapade frustration hos sjuksköterskorna eftersom följden blev att patientens lidande ökade. För sjuksköterskor, var etiska problem relaterade till deras lägre position på den hierarkiska nivån: att läkare inte lyssnade på dem, samt att de förväntades vara tysta när de bevittnade fel beslut vid livets slutskede. Dessutom kunde de inte påverka besluten kring livsuppehållande vård, trots sin yrkesmässiga bedömning och ingående förståelse av patientens tillstånd. Återigen var deras problem, oförmågan att minska patientens lidande, vilket i sin tur resulterade i deras eget lidande och upplevdes som moralisk ångest. Enligt författarna Halcomb et al. (2004) framkom etiska dilemman som av deltagarna uttrycktes vara förutom att ge adekvat tröst och vård, även att "inte skada" patienten, och deras anhöriga. Patienten uppfattades som kränkt då fortsatt betungande aktiv behandling orsakat onödigt lidande. Anhöriga kunde ta skada genom en kombination av patientens lidande och utdragna beslutsprocess kring livsuppehållande åtgärder samt skapandet av falska förhoppningar. Det innebar att sjuksköterskor placerades mellan anhöriga och läkare, i termer av deras etiska och moraliska övertygelser (a.a).

*"It's not ethically correct what we do; we make all kinds of things and we keep on trying, but still we know that this won't work; nobody talks about it; let's not carry on, it's not right. It's unfair both to the patients and to the relatives. Reassuring persons, making them believe we can rescue anybody. I think that's the hardest part. There are concerns in every situation and you may think that this was not as good as it should have been"* (Olsson & Nordgren, 2003, s. 190).

Beslut om vård och behandling vid livet slutskede är i huvudsak djupt och känslomässigt förankrat och ett erkännande av detta faktum gav upphov till oro för alla sjuksköterskor. Detta var särskilt problematiskt om patienten inte kunde tala för sig själv. I frånvaro av en patients röst var inte patientens autonomi ett realistiskt mål, men att göra vad "patienten skulle ha önskat" var ett rimligt alternativ. Tyvärr var det sällan klart vad patienten ville, och sjuksköterskorna hade ibland olika åsikter om patientens önskemål om huruvida livsuppehållande behandling skulle fortsätta eller avbrytas (Oberle & Hughes, 2001).

Halcomb et al. (2004) skriver i sin studie att flera sjuksköterskor erbjöd mycket insiktsfulla perspektiv om dödligheten. En sjuksköterska sökte tröst i föreställningen om att människan inte är odödlig och insikten att biomedicinsk teknik endast kan upprätthålla människors liv för en begränsad tid, varefter död är den oundvikliga följden. Hon hävdade att vi inte bör driva en fortsatt aktiv behandling utan hänsyn till kostnaderna och fördelarna med dess genomförande.

## Patientens livskvalitet

I Olsson och Nordgrens (2003) studie menade sjuksköterskorna att om patienterna och deras anhöriga kände sig trygga, komfortabla och vårdade, skulle detta bidra till att öka deras välbefinnande. Sjuksköterskor tyckte att patienterna skulle uppleva välbefinnande om vårdpersonalen var säkra i sina respektive roller och hade kunskap och expertis för att ge god och säker palliativ vård. Ett sätt att uppnå välbefinnande är att möjliggöra för patienter att ha sina anhöriga närvarande, speciellt under svåra perioder (a.a). För sjuksköterskor som strävar efter att öka patientens välbefinnande i Georges et al. (2002), är det viktigt att de använder

sina individuella förmågor, som t.ex. medkänsla och sympati. De försöker bli medvetna om deras behov och att anpassa sin strategi till enskilda patienter (a.a).

*"The best part of working in palliative care is making a difference to the way people spend the closing times of their illness. . . actually making a difference and giving somebody a good death."*(Ablett & Jones, 2007, s. 736)

Olsson och Nordgren (2003) skriver att patienter som lider av svår obotlig sjukdom har ofta mycket intensiva symtom. Enligt sjuksköterskor, är effektiv symtomkontroll en förutsättning för en värdig död. De rapporterade det som otillfredsställande om de inte kunde lindra patientens lidande. Sjuksköterskor hade upplevt att de ibland varit tvungna att utföra behandlingar som de tyckte var mycket smärtsamma för patienterna. De tyckte att tester, behandlingar, och utredningar ibland orsakat patienter onödigt lidande eftersom de inte lett till någon förbättring av patientens status. De flesta sjuksköterskor ansåg sådana förfaranden vara allmänt onödiga eller oetiska och hade därför upplevt en allvarlig intressekonflikt i dessa situationer. Georges et al. (2002) påpekar att när det inte går att finna en lösning för patienternas problem, till exempel för att uppnå tillräcklig symptom kontroll, i synnerhet smärta, känner sig sjuksköterskor maktlösa och upplever att de inte kunnat uppnå något meningsfullt för patienterna. I Halcomb et al. (2004) uttryckte alla sjuksköterskor en hög grad av oro för det fysiska välbefinnandet hos sina patienter, som till exempel att minimera deras smärta och främja deras värdighet under döendeprocessen. Lämplig behandling i frågan om att begränsa eller avstå ifrån livsuppehållande åtgärder hade av sjuksköterskorna uttryckts tillfredsställande och sågs som en källa till tröst. Sjuksköterskorna värderade högt uppfattningen om att uppnå en värdig död för patienten och möjligheten för anhöriga att umgås utan besvärliga intrång av medicinsk teknik.

### **Legalisering av eutanasi**

I Verpoort et al. (2004) framgår det att sjuksköterskor har svårt att ha en tydlig ståndpunkt om dödshjälp. Skälen till detta ligger främst i etisk känslighet för ämnet och den unika bakgrunden av dödsfall. De argument som ligger till grund för deras åsikter om dödshjälp kan delas in i två grupper: motstånd och acceptans. Ingen av dem är strikt avgränsade. Med tanke på att en sjuksköterskans ställning i hög grad beror på patientens individuella situation, kan motstånd eller acceptans uppvisas beroende på situationen. De väsentligaste argumenten mot dödshjälp var tron på möjligheterna eller alternativen av palliativ vård, religiösa invändningar och risken för missbruk. De viktigaste argumenten för sjuksköterskor angående godtagandet av dödshjälp, hade att göra med livskvalitet, respekt för autonomi, och missnöje med den nuvarande situationen. Vissa sjuksköterskor tyckte att olaglighet ledde till att dödshjälp ägde rum på ett dolt sätt, där det ofta inte fanns någon öppen diskussion med vårdgivare, anhöriga och ibland inte ens med patienten. De ansåg att reglering skulle kunna se till att en mer öppenhet skapades, så att dödshjälp skulle kunna äga rum i en säkrare miljö. En sjuksköterska påpekade att patienterna ibland var tveksamma till att tala öppet om begäran av dödshjälp på grund av rädsla för att orsaka alltför stor börda för sjuksköterskor eller att säga fel saker. Sjuksköterskan menade även, att vissa tenderade att gömma sig bakom den olagliga karaktären av dödshjälp för att undvika en svår diskussion med patienten.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Databaserna Academic Search Elite, CINAHL, ELIN och Medline används för att söka vetenskapliga artiklar. Artiklarna är publicerade mellan åren (1995-2008), vilket gör att både äldre och senare forskning blir analyserad och presenterad. Uppfattningar och inställningar förändras med tiden, de förhållningssätt som då var aktuella är förmodligen idag inaktuella eller förändrade, därav vår tidsbegränsning av artiklar för att få en större tillförlitlighet. Eftersom artiklarna enbart är skrivna på engelska, kan det leda till att vissa feltolkningar, felöversättningar och eventuella brister i språkhanteringen kan förekomma. Endast kvalitativa artiklar ansågs vara lämpliga för det valda syftet eftersom sjuksköterskornas uppfattningar belystes. Om en intervjustudie gjorts hade man möjligen fått en bredare samt tydligare bild av respektive sjuksköterskors inställning till passiv dödshjälp inom palliativ vård. Tidsramen som stod till vårt förfogande bedömdes dock som alldeles för snäv, vilket hade begränsat en empirisk studie. Sju artiklar användes till resultatet för att de motsvarade det avsedda syftet med studien. De artiklar som hade kvantitativa ansatser, eller som utgick från läkarnas, anhörigas eller patienternas perspektiv uteslöts, eftersom syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskornas uppfattningar av passiv dödshjälp. Innehållsanalysen genomfördes enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivna analysmetod. Den är väletablerad och har en stor tillförlitlighet när det gäller forskning inom omvårdnad. En annan fördel som styrker vårt resultat är att två författare diskuterat analysförfarandet med varandra vid genomförandet av studien.

Vi har under arbetets gång blivit påmind om att inte glömma bort syftet i avsikt att inte tappa den ”röda tråden” i arbetet. I resultatet har några talande citat använts ur intervjuer som framkom i artiklarna, för att framhäva studiens resultat. Detta för att understryka vilka faktorer eller upplevelser som påverkade sjuksköterskornas uppfattningar av passiv dödshjälp inom palliativ vård. Tyvärr har det inte varit möjligt att finna tillräckligt mycket material om sjuksköterskors attityder till passiv dödshjälp enbart i Sverige, därför valde vi att fokusera på artiklar från olika delar av världen. Genom att välja artiklar från olika länder, fick vi fram ett bredare perspektiv på sjuksköterskors uppfattningar av passiv dödshjälp inom palliativ vård. I de vetenskapliga artiklar som valdes, var sjuksköterskorna verksamma inom olika vårdavdelningar; hjärtintensivvårdavdelning, intensivvårdavdelning och palliativ vårdavdelning, vilket också bidragit positivt till vårt resultat. Om andra sökord använts hade resultatet av artikelsökningen möjligtvis blivit annorlunda och fler faktorer som påverkar sjuksköterskans attityder hade kanske framkommit i resultatdelen.

## Resultatdiskussion

Resultatet bygger på de faktorer som påverkar sjuksköterskornas uppfattningar av passiv dödshjälp inom palliativ vård.

Sjuksköterskans kunskaper, uppfattningar, etiska principer och medkänsla betyder mycket, inte bara för patienten utan även för patientens anhöriga. Dessa faktorer spelar även en stor roll för att sjuksköterskorna ska kunna ta ställning vid passiv dödshjälp. Det aktualiseras främst i livets slutskede hos människor som lider av obotliga sjukdomar med svåra smärtor. Sjuksköterskor i palliativ vård som kommer i kontakt med patienter som har en önskan om passiv dödshjälp, kan ha svårt att hantera situationen på ett professionellt sätt vilket gör att de ställs inför ett etiskt dilemma. Palliativ sedering är ett viktigt ämne i medicinska och etiska



debatter. Trots att sjuksköterskorna ofta deltar i dess användning, är lite känt om deras uppfattningar och erfarenheter kring palliativ sedering. Palliativ sedering är debatterad världen över och det finns ett stort behov av samförstånd. Passiv dödshjälp har nu åter igen börjat diskuteras öppet i Sverige.

För många sjuksköterskor är deltagande i utövandet av palliativ sedering mer än bara att kunna utföra en läkares ordination. Snarare, väcker det funderingar om hur väl anpassat det är och om de förhållanden under vilka denna praxis är godtagbar.

En av de viktigaste frågorna bland sjuksköterskorna är att ta reda på vad patienten och hans anhöriga önskar. Det framkom att ett av skälen till palliativ sedering var att uppfylla patientens sista önskan i livet, och få de anhöriga mer bekväma genom en känsla av en fridfull avslutning efter en svår period av lidande. Sjuksköterskorna tyckte att genom att respektera patientens integritet, kunde patientens värdighet bevaras (Olsson & Nordgren, 2003; Rietjens et al. 2007). Detta kan avspegla sjuksköterskans roll som en förmedlande länk mellan patienten, familjen och kliniker. Enligt Kalkas och Sarvimäki (1996) är målet för vården av en döende patient att göra det möjligt för honom att leva igenom slutskedet av sin sjukdom utan svåra symtom och smärtor, i den omgivning han önskar och tillsammans med sina anhöriga. I mån av möjlighet skall de önskemål som patienten har beaktas (a.a).

Psykiskt lidande som grund för passiv dödshjälp var mindre acceptabelt än fysiskt lidande. Sjuksköterskorna tyckte att det var något snarare subjektivt, som var svårt att mäta och svårt att behandla. Till exempel att psykiskt lidande är ofta mindre synligt och svårare att känna empati för än fysiskt lidande. En del sjuksköterskor såg ingen skillnad mellan det. Det är upp till patienten att signalera om vad som är outhärdlig smärta. Både synligt lidande och förmågan till medkänsla var viktiga faktorer för acceptansen av passiv dödshjälp. Sjuksköterskor hade även olika perspektiv på om palliativ sedering kan ha haft en livsförkortande effekt på patienten. Trots detta ansågs palliativ sedering bland alla sjuksköterskor positivt bidra till en god död, eftersom själva dödsprocessen då kunde ske smärtfritt (Rietjens et al. 2007; Verpoort et al. 2004). Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2) *principen att inte skada* måste biverkningar av en behandling till exempel accepteras när de uppvägs av den nytta som behandlingen medför för den sjuke, som exempelvis användning av smärtstillande läkemedel vid vård i livets slutskede (a.a).

Att vårda en döende patient på rätt sätt är en stor utmaning för alla sjuksköterskor. Sådan vård kräver att sjuksköterskor har en hög kompetens och erfarenhet inom palliativ vård. Förmågan att möta patienter och deras anhöriga under dödsprocessen kan utvecklas genom utbildning, yrkeserfarenhet och eftertanke (Olsson & Nordgren, 2003). Detta kan ge möjlighet att känna och uttrycka empati och medkänsla.

Sjuksköterskorna i analysen rapporterade att de hade otillräcklig kunskap om palliativ vård i allmänhet. Resultaten belyser de faktum att det finns ett starkt behov av stöd och utbildning om vård i livets slutskede, men att sådant stöd och utbildning inte alltid är tillgängliga. Sjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet tyckte att det var lättare än sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet, att förstå situationer för patienter och anhöriga vid begäran om palliativ sedering (Olsson & Nordgren, 2003). Resultatet visade även att sjuksköterskorna upplevt vissa hinder negativt, och ibland väckte det en känsla av stress, frustration och missnöje. Vår undersökning pekar på att otillfredsställande arbetsklimat, laganda och sparsamma riktlinjer är betydande, med avseende på vilket sätt sjuksköterskor utför sina arbetsuppgifter. Kalkas och Sarvimäki (1996) menar att en god omvårdnadsmiljö kan skapas

endast om samarbetet är öppet och jämlikt. I ett jämlikt samarbete förutsätts att de olika medarbetarnas ställning och inbördes relationer klart har förståtts och accepterats (a.a). Skriftlig, detaljerad information har visat sig vara en viktig faktor för god kommunikation mellan olika yrkesverksamma kategorier.

För att ge god palliativ vård är det mycket viktigt att förhållandet mellan sjuksköterskor och läkare bygger på förtroende, respekt och god kommunikation. Ibland sker ändå oenighet mellan olika yrkesgrupper när det gäller vård av döende patienter. Sjuksköterskor kan stödja patienter och anhöriga bättre om det finns goda arbetsrelationer i arbetslag och genom bättre kommunikation mellan de olika professionella yrkesgrupperna. En faktor som var tydlig i Halcomb et al. (2004) ur sjuksköterskors berättelser var bristen på klart definierade rollbeskrivningar för sjuksköterskor och annan vårdpersonal eller policyn när det gäller hantering av patienter, om livsuppehållande vård ska begränsas eller avstås ifrån (a.a). Sjuksköterskorna ansåg att de ibland var tvungna att utföra uppgifter som ansågs vara smärtsamma och oetiska. För sjuksköterskor, var etiska problem relaterade till deras lägre position på den hierarkiska nivån: att läkare inte lyssnade på dem, men även att de förväntades vara tysta när de bevittnade fel beslut vid livets slutskede (Oberle & Hughes, 2001). Sjuksköterskan befinner sig i en svår situation, fångad mellan patienten som de måste företräda, deras professionella skyldigheter och roller, sjukhuset som sin arbetsgivare, och den läkare som ordinerar behandlingen, innan de lämnar sjuksköterskan att slutföra uppgiften. Många gånger upplevde sjuksköterskorna oro när det trodde att fel metod utövades och att det bidrog till patientens lidande (Halcomb et al. 2004; Oberle & Hughes, 2001). Enligt Verpoort, Gastmans, Bal och Dierckx de Casterle (2004) har stora framsteg gjorts inom vetenskap och teknik som resulterat i att medicin och modern utrustning kan förlänga människors liv avsevärt, men medicin har inte alltid kunnat garantera en bättre livskvalitet. Arlebrink (2006) menar att det då kan bli svårare att få en naturlig död t.ex. kan svårt sjuka människor hållas vid liv, vilket kan leda till ett allt mer utdraget döende och därmed följande lidande. Detta i sin tur ökar de etiska dilemman. Hos patienter/anhöriga kan detta väcka orealistiska förhoppningar om ett tillfrisknande och ge ett enormt lidande men även en önskan om att kunna avsluta plågorna. Verpoort et al. (2004) menar att sjuksköterskornas röst är av oerhörd betydelse, eftersom sjuksköterskor är involverade längre och mer intensivt än någon annan yrkesgrupp i vården av döende personer och i möten med deras familjer (a.a).

Enligt sjuksköterskorna är effektiv symtomkontroll en förutsättning för en värdig död. De ansåg att undersökningar och behandlingar som görs i livets slutskede ibland orsakat patienten onödigt lidande eftersom de inte lett till någon förbättring hos patienten. Sådana förfaranden var allmänt onödiga eller oetiska (Olsson & Nordgren, 2003). Enligt autonomiprincipen i Arlebrink (2006) påpekar författaren att sådana utövande inte ligger i patientens intresse, snarare journalens eller doktors intresse, vilket leder till att patientens autonomi inskränks och integriteten kränks. Kalkas och Sarvimäki (1996) beskriver att i en situation då allt hopp om tillfrisknande är ute, är strävan i vården av den döende patienten att minska hans lidande. Utredningar och behandlingsmetoder som utsätter patienten för onödiga påfrestningar, borde ersättas med mänsklig och god basal omvårdnad (a.a). Vidare tyckte sjuksköterskorna att patienterna upplevde välbefinnande när de och deras anhöriga kände sig trygga, bekväma och omhändertagna, men även när sjuksköterskorna hade tillräcklig kunskap för att ge en god och säker palliativ vård (Olsson & Nordgren, 2003).

## SLUTSATS

Inledningsvis var de flesta sjuksköterskorna varken för eller emot dödshjälp, deras uppfattning var starkt knuten till situationen och alla de faktorer som framkom i vårt resultat. En patients lidande och de återstående alternativen som t.ex. patientens egen önskan för att lindra lidande var avgörande för acceptansen av passiv dödshjälp. Alla dessa faktorer tillsammans bidrog till att de flesta sjuksköterskor hade en positiv inställning till passiv dödshjälp eftersom det i slutändan bidrog till en god död och att själva dödsprocessen kunde ske smärtfritt.

Frågan om hur vi dör angår oss alla och berör grundläggande moralfilosofiska begrepp. Det kan vara god medicinsk praxis att prioritera smärtlindring så högt att en viss livsförkortning är ett moraliskt acceptabelt pris. När läkare, patient och anhöriga är ense om att ge lindrande medikation även om detta leder till att döden inträffar tidigare än vad den annars skulle ha gjort, är detta även uttryck för en enighet om att livskvalitet i några situationer bör komma före livslängd (Tranöy, 1993).

Förhoppningsvis kommer innehållet i denna studie att väcka intresset till fortsatt diskussion kring ämnet passiv dödshjälp vid livets slutskede, då detta återigen har aktualiserats genom olika debatter i media. Framtida studier behövs för att intyga sjuksköterskors erfarenheter av passiv dödshjälp inom andra verksamheter än de enheter som undersökts och att förstå de andras involverade perspektiv, till exempel patienten och deras anhöriga. Vi hoppas att detta resultat kan främja till ett öppet klimat för diskussion bland sjuksköterskor och all övrig sjukvårdspersonal, om de förhållanden under vilka passiv dödshjälp kan vara en godtagbar och sista utväg till en smärtfri och värdig död.

*Avslutningsvis vill vi rikta vårt varmaste tack till vår handledare, Ann-Solveig Olofsson för alla goda råd, bra synpunkter, konstruktiv kritik samt hennes positiva personlighet och glädje som uppmuntrat och stöttat oss genom arbetets gång.*

## REFERENSER

- Ablett, R. J., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733–740.
- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Engström, J., Bruno, E., Holm, B., & Hellzén, O. (2007). Palliative sedation at end of life - A systematic literature review, *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 26-35.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Georges, J. J., Grypdonck M., & Dierckx de Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 785–793.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 214-222.
- Kalkas, H., & Sarvimäki, A. (1996). *Omvårdnadsetikens grunder* (3:e rev uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Kassa, S. (Red.). (2001). *Palliativ behandling och vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lynch, M. (2003). Palliative sedation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7, 653–657.
- Nordgren, L., & Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 185–193.
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors' and Nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 707-715.
- Qvarnström, U. (1993). *Vår död*. Arlöv: Liber utbildning AB.
- Rietjens, J. A., Hauser, J., van der Heide, A., & Emanuel, L. (2007). Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliative Medicine*, 21, 643-649.
- Sandman, L., & Woods, S. (2003). *God palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*.

Socialstyrelsen, 1992. *Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2. Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Socialstyrelsen, 2005. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2008-01-05

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*. Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede. Stockholm: Fritzes.

Svenska Läkaresällskapet, Delegationen för Medicinsk Etik. *När får läkare avstå från behandling?* Etiska riktlinjer antagna vid sammanträde den 12 juni 2003.

Tranöy, K. (1993). *Medicinsk etik i vår tid*. Lund: Studentlitteratur.

Verpoort, C., Gastmans, C., Bal, N. D., & Dierckx de Casterle, B. (2004). Nurses' attitudes to euthanasia: A review of the literature. *Nursing Ethics*, 11 (4), 349-365.

Verpoort, C., Gastmans, C., & Dierckx de Casterle, B. (2004). Palliative care nurses' views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (6), 592-600.

Woods, S. (2004). Is terminal sedation compatible with good nursing care at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 10, 244-247.

# Bilaga 1

## Artikelöversikt

Författare/ Land/År	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Verpoort, C., Gastmans, C., & Dierckx de Casterle, B.  Belgien (2004)	Palliative care nurses' views on euthanasia	<i>Journal of Advanced Nursing</i> s. 592-600	Undersöka palliativa sjuksköterskors syn på eutanasi.	Kvalitativ metod  Intervjuer genomfördes med ett urval av tolv palliativa sjuksköterskor som arbetade inom palliativ vårdenhet respektive palliativ hemsjukvård.	Majoriteten av sjuksköterskornas åsikter för eller emot dödshjälp, var till stor del beroende av situationen. Vad som räknades var graden av lidande och tillgängliga palliativa alternativ. De underliggande argumenten för resistans; var respekten för livet och tron på möjligheten till palliativ vård; argument som låg till grund för ett godkännande; var livskvalitet och respekt för patientens självständighet. Sjuksköterskorna kommenterade att arbeta inom palliativ vård hade en betydande inflytande på en uppfattning om dödshjälp.
Rietjens, J.A., Hauser, J., van der Heide, A., & Emanuel, L.  Nederländerna (2007)	Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation	<i>Palliative Medicine</i> s. 643-649	Att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter av och attityder till palliativ sedering, med fokus på orsakerna till varför palliativ sedering användes, sjuksköterskornas uppfattningar om palliativ sedering och deras idéer om hur palliativ sedering påverkar dödsprocessen.	I en kvalitativ studie undersöktes sjuksköterskors attityder och erfarenheter av palliativ sedering. De valdes från en palliativ vårdavdelning respektive intensivvårdsav- delning. Semi- strukturerade intervjuer gjordes med 16 sjuksköterskor, där uppgifter samlades in om deras mest minnesvärda fall av palliativ sedering.	Palliativ sedering användes främst för att hantera fysiskt lidande vid svårt sjuka patienter, men även vid icke-fysiskt lidande samt patientens önskemål och familjens oro av patientens lidande. Sjuksköterskor hade olika perspektiv om ifall palliativ sedering kan ha haft en livsförkortande effekt på patienten. En del ansåg att det inte hade påskyndat döden, andra trodde att det kan ha påskyndat döden, men att detta var motiverat när det var inga andra sätt att lindra obehag. En tredje grupp tyckte att palliativ sedering var nära bruket av dödshjälp. Trots detta, ansågs palliativ sedering bland alla sjuksköterskor positivt bidra till en god död.

<p>Oberle, K., &amp; Hughes, D.</p> <p>Canada (2001)</p>	<p>Doctors´ and nurses´ perceptions of ethical problems in end-of-life decisions</p>	<p><i>Journal of Advanced Nursing</i> s. 707-715</p>	<p>Att identifiera och jämföra läkares och sjuksköterskors uppfattningar av etiska dilemman vid livets slutskede.</p>	<p>En kvalitativ metod användes. sju läkare och fjorton IVA-sjuksköterskor intervjuades.</p>	<p>Alla sjuksköterskor upplevde etiska dilemman kring beslut vid livets slutskede. Osäkerhet över vad för slags behandling som var bäst för patienten och anhöriga gav upphov till oro. Tydliga teman uppkom: Konkurrerande värderingar, hierarkiska processer, otillräckliga resurser och kommunikations-svårigheter.</p>
<p>Ablett, R.J. &amp; Jones, R. S. P.</p> <p>England (2007)</p>	<p>Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work</p>	<p><i>Psycho-Oncology</i> s. 733-740</p>	<p>Syftet var att beskriva hospice sjuksköterskors erfarenheter av sitt arbete inom palliativ vård. Detta för att förstå de faktorer, varför sjuksköterskor fortsatte att arbeta inom palliativ vård, även om de många gånger upplevde stress och frustration i sitt arbete.</p>	<p>En kvalitativ metod har antagits, genom att utföra semi-strukturerade intervjuer med tio hospice sjuksköterskor inom palliativ vård.</p>	<p>Ett aktivt val att arbeta inom palliativ vård, tidigare personliga erfarenheter som påverkar omvårdnaden, personliga attityder till omvårdnad, personliga attityder till liv och död, medvetenhet om egen andlighet, personliga attityder till arbete, aspekter av arbetstrivsel, och olika sätt att klara av stress.</p>

<p>Georges, J.J., Grypdonck, M., &amp; Casterle, B. D.</p> <p>Nederländerna (2002)</p>	<p>Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing</p>	<p><i>Journal of Clinical Nursing</i> s. 785-793</p>	<p>Att belysa hur sjuksköterskor arbetar inom palliativ vårdenhet och hur de uppfattar sin roll i de problem de möter vid palliativ sedering.</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer med tio sjuksköterskor inom palliativ vårdenhet har genomförts i syfte att utveckla en förståelse av sina erfarenheter och den betydelse de tilldelar deras arbete. Deras ålder varierade mellan 35 och 55 år.</p>	<p>Resultaten presenterade två olika uppfattningar om sjuksköterskors art av arbete. Den första, är "sträva efter att anta en välorganiserad och målmedveten strategi som sjuksköterska på en akademisk vårdenhet ", den andra är "att sträva för att öka välbefinnandet hos patienten". Denna studie tyder starkt på att praktiken av palliativ vård kan bara uppnås när hela laget, inklusive ledningen, har utvecklat insikt i filosofi av palliativ vård och är villiga att tillämpa detta med tillförsikt.</p>
<p>Nordgren, L., &amp; Olsson, H.</p> <p>Sverige (2004)</p>	<p>Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions</p>	<p><i>Journal of Clinical Nursing</i> s. 185-193</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva och förstå läkare och sjuksköterskors uppfattning om deras samarbete med varandra och om palliativ vård på en hjärtintensivvård-avdelning. Beslutet att inte fortsätta med livsuppehållande behandling eller att avstå från behandling är ett mycket svårt beslut bland sjuksköterskorna.</p>	<p>Totalt nio deltagare intervjuades, sju av dem var sjuksköterskor och två var läkare.</p>	<p>God palliativ vård omfattar patientens värdighet, integritet, delaktighet i vården, öka patientens välbefinnande och lindra lidande. Ge god kvalitativ palliativ vård kräver teamarbete, arbetslivserfarenhet och eftertanke. De största hindren för att ge god palliativ vård avser olämplig vårdmiljö, bristen på tydliga riktlinjer och otillräckliga kunskaper, kortare yrkeserfarenhet, onödigt lidande och oenighet mellan olika yrkesgrupper.</p>



<p>Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., &amp; Davidson, P.</p> <p>Australien (2004)</p>	<p>An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/ withholding of treatment in the ICU</p>	<p><i>Intensive and Critical Care Nursing</i> s. 214-222</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka IVA-sjuksköterskors erfarenheter när livsuppehållande vård ska begränsas eller avstås ifrån.</p>	<p>Kvalitativ metod användes.</p> <p>Intervjuer med tio IVAsjuksköterskor.</p>	<p>De teman som uppkom, belyser sjuksköterskors upplevelser. Dessa var: Tröst och vård, spändhet och konflikt, inte tillfoga skada, sjuksköterska-familj-relation, osynligt sörjande och lidande.</p>
--	---	--	---	--	---

## BILAGA 2

### Innehållsanalys

Menings-enhet	Översättning	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<p>In all of the described cases, palliative sedation was used primarily to address physical suffering in severely ill patients. Concomitant reasons for the use of palliative sedation were nonphysical suffering. The use of palliative sedation for the patient's nonphysical suffering was often difficult for many of the nurses.</p>	<p>I alla de beskrivna fall, användes palliativ sedering främst för att hantera fysiskt lidande av svårt sjuka patienter. Följande skäl för användning av palliativ sedering var icke-fysiskt lidande. Användning av palliativ sedering vid patientens icke-fysiska lidande var ofta svårt för många av sjuksköterskorna.</p>	<p>Olika orsaker till sjuksköterskornas ställningstagande inför palliativ sedering.</p>	<p>Orsaker till användandet av palliativ sedering.</p>	<p>Fysiskt lidande/icke-fysiskt lidande</p>	<p>Patientens lidande</p>
<p>Nurses' attitudes can be discerned in several perspectives. The first was that palliative sedation did not accelerate the dying process. The second was that palliative sedation could have shortened the dying process, but because it was the only way to deal with the symptoms, an unintended result of shortening life was accepted.</p>	<p>Sjuksköterskors attityder kan urskiljas i flera perspektiv. Den första var att palliativ sedering inte påskyndar dödsprocessen. Det andra var att palliativ sedering hade kunnat förkorta dödsprocessen, men eftersom det var det enda sättet att ta itu med symptomen godtogs oavsiktlig följd av att förkorta livet.</p>	<p>Olika skäl till sjuksköterskans attityder vid palliativ sedering uppkom. Huruvida det påskyndade eller förkortade dödsprocessen.</p>	<p>Verkan av palliativ sedering.</p>	<p>Påskynda dödsprocessen/förkorta dödsprocessen</p>	<p>Konsekvenser</p>

<p>The patient's wish and the family's distress about the patient's suffering. Palliative sedation was used because the patient requested it.</p>	<p>Patientens önskemål och familjens oro av patientens lidande. Palliativ sedering användes på patientens begäran.</p>	<p>Användning av palliativ sedering på patientens begäran.</p>	<p>Skäl till användning av palliativ sedering.</p>	<p>Patientens önskemål och familjens oro av patientens lidande</p>	<p>Patientens önskan</p>
<p>Work experience matters a lot for nurses especially when providing palliative care to patients in the end of life.</p>	<p>Sjuksköterskornas arbetserfarenheter hade stor betydelse, särskilt vid vård av patienter i livets slutskede.</p>	<p>Arbetslivserfarenhet hade stort inflytande inom palliativ vård.</p>	<p>Arbetslivserfarenhet påverkar omvårdnaden av patienter i livets slutskede.</p>	<p>Längre/kortare arbetslivserfarenhet</p>	<p>Erfarenheter</p>
<p>"The mind your business and I'll make the decision, then they make their decision or have the family make the decision . . . and then leave you to deal with it . . . they do it all the time"</p>	<p>"Sköt du ditt, det är jag som fattar beslutet, sedan beslutar dem det eller låter familjen besluta. . . och sedan lämnar de oss att ta itu med det. . . så gör de jämt "</p>	<p>Läkarna uteslöt sjuksköterskorna från beslutsprocessen vid livets slutskede.</p>	<p>Sjuksköterskor kände brist på delaktighet vid utförda handlingar det inte kunnat påverka.</p>	<p>Utelämnade</p>	<p>Brist på inflytande</p>
<p>For nurses, ethical problems were related to their lower position on the hierarchical structure: not being listened to by doctors, being expected to remain silent even when witnessing wrong choices in end-of-life care.</p>	<p>För sjuksköterskor, var etiska problem relaterade till deras lägre position på den hierarkiska nivån: att läkare inte lyssnade på dem, samt att de förväntades vara tysta när de bevittnade fel beslut vid livets slutskede.</p>	<p>Att inte bli hörda av läkarna skapade frustration hos sjuksköterskorna.</p>	<p>Brist på inverkan.</p>	<p>Maktlöshet</p>	<p>Etiska dilemman</p>

<p>The informants reasoned that if the patients and their relatives felt safe, comfortable and cared for, this would help to increase their well-being.</p>	<p>Om patienterna och deras anhöriga kände sig trygga, bekväma och omhändertagna kunde detta bidra till att öka patientens välbefinnande.</p>	<p>Att känna trygghet och god omvårdnad ökade välbefinnandet.</p>	<p>Betydelsen av gott välbefinnande.</p>	<p>Välbefinnande</p>	<p>Patientens livskvalitet</p>
<p>The nurses views about the palliative sedation are formed by the context, physical suffering in contrast to mental pain, and legalization of the practice of euthanasia.</p>	<p>Sjuksköterskornas åsikter om palliativ sedering formas av sammanhang som, fysiskt lidande i motsats till psykisk smärta, samt legalisering av bruket av eutanasi.</p>	<p>Åsikter om palliativ sedering påverkas av sammanhang som, smärta och legalisering av eutanasi.</p>	<p>Palliativ sedering påverkas av olika situationer.</p>	<p>Situationer</p>	<p>Legalisering av eutanasi</p>