



**Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i omvårdnad  
HT20**

## **En vädjan om att dö**

En litteraturstudie om sjuksköterskors  
upplevelser av att möta en dödsönskan från  
patienter i livets slutskede

**Theocharis Georgiadis och Nejla Radoncic**

**Författare**

Theocharis Georgiadis & Nejla Radoncic

**Titel**

En vädjan om att dö: En litteraturstudie om sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja att dö

**Engelsk titel**

An appeal to die: A literature study on nurses' experiences in meeting patients who express a desire to die

**Handledare**

Anna Pålsson

**Examinator**

Marie Nilsson

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** En vädjan om att dö kan sjuksköterskan stöta på i olika vårdsammanhang. Stora krav ställs på sjuksköterskan att möta detta svåra samtal om denna viljan för döden. Dödshjälpsbegreppet innefattar aktiv eutanasi, passiv eutanasi och läkarassisterad dödshjälp. Den lagliga statusen för dödshjälp varierar i olika länder, i Sverige är det enbart lagligt med passiv eutanasi. Huvudsakliga uppgifter för palliativ vård handlar om att lindra lidande som sjukdomen medför. En behandlingsmetod för palliativ vård är palliativ sedering där medvetandet sänks hos patienten. Sjuksköterskan står inför ett etiskt dilemma då sjuksköterskan bör följa ICN:s etiska kod, men samtidigt värna patientens autonomi och integritet när patienten uttrycker en dödsönskan. **Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja att dö. **Metod:** En allmän litteraturstudie genomfördes som baserades på kvalitativa vetenskapliga artiklar. Sökningen utgick ifrån tre databaser och HKR:s granskningsmall användes till artikelgranskningen. Därefter analyserades artiklarna med hjälp av Fribergs (2012) trestegs analysmodell. **Resultat:** Resultatet omfattade sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja för döden. Två huvudteman identifierades: Sjuksköterskans upplevelse av mötet och Sjuksköterskans upplevelse av sin egna roll. **Diskussion:** Tre fynd från resultatet diskuteras utifrån Erikssons (2015) teori om lidande samt ur olika etiska aspekter och samhällsperspektiv. Fynden är; det tysta samtalet, sjuksköterskans etiska reflektion och lindra lidande. Slutsatsen var att sjuksköterskan bör förhålla sig lyhört och tillbakadragen till detta svåra samtal.

**Sökord**

Sjuksköterskor, upplevelser, vilja att dö, möte, livets slutskede, lidande, samtal

# Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Inledning .....                                     | 5  |
| Bakgrund.....                                       | 6  |
| Vädjan om att dö.....                               | 6  |
| Olika typer av dödshjälp .....                      | 7  |
| Olika länders förhållningssätt till dödshjälp ..... | 8  |
| Palliativ vård .....                                | 9  |
| Sjuksköterskans etiska dilemma .....                | 10 |
| Syfte.....  | 12 |
| Metod.....  | 12 |
| Design .....  | 12 |
| Sökvägar och urval .....                            | 12 |
| Granskning och analys.....                          | 15 |
| Etiska överväganden .....                           | 16 |
| Förförståelse.....                                  | 17 |
| Resultat .....                                      | 18 |
| Sjuksköterskans upplevelse av mötet.....            | 19 |
| Upplevelsen av osäkerhet.....                       | 19 |
| Upplevelsen av varsamhet.....                       | 21 |
| Upplevelsen av att bli anförtrodd.....              | 22 |
| Sjuksköterskans upplevelse av sin egna roll.....    | 22 |
| Upplevelsen av hjälplöshet .....                    | 23 |
| Upplevelsen av misslyckande .....                   | 24 |
| Upplevelsen av att underordna sig .....             | 25 |
| Diskussion.....                                     | 26 |
| Metoddiskussion .....                               | 26 |
| Tillförlitlighet.....                               | 26 |

|  |    |
|--|----|
| Verifierbarhet .....                   | 28 |
| Pålitlighet .....                      | 29 |
| Överförbarhet .....                    | 30 |
| Resultatdiskussion.....                | 30 |
| Det tysta samtalet .....               | 31 |
| Sjuksköterskans etiska reflektion..... | 32 |
| Lindra lidande .....                   | 35 |
| Slutsats .....                         | 39 |
| Referenser .....                       | 40 |
| Bilaga 1, Sökschema                    |    |
| Bilaga 2, Artikelöversikt              |    |

## Inledning

Döden uppfattas enligt Ewin (2002) i alla kulturer och tider som något negativt. Döden kan betraktas som den enkla utvägen om det inte finns något att leva för. Något som är av vikt är att vi människor alltid försöker rädda vår medmänniska om hen är i fara, det ligger i människans natur (Ewin, 2002). En patient som uttrycker en vilja för att dö är ett dilemma för alla sjuksköterskor, då det inte är klart hur en sjuksköterska bör möta en sådan vilja. Sjuksköterskans profession ställs dagligen inför etiska konflikter som många gånger kan handla om vardagliga saker som exempelvis att patienten inte vill tvätta sig eller äta. Det etiska dilemmat som sjuksköterskan ställs inför är hur sjuksköterskan ska möta viljan för att dö utan att på något sätt kränka patientens autonomi och integritet. Med hjälp av reflektion över svåra existentiella frågor och ny kunskap kan sjuksköterskor i sin yrkesroll bemöta patienter som efterfrågar att inte vilja leva mer. Patienterna efterfrågar en vilja av att dö då lidandet är outhärdligt och önskar en väg ut ur lidandet. Sjuksköterskan ska trots allt lindra lidande och främja hälsa enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan sätts i ett etiskt dilemma och därför bör sjuksköterskan ha kunskap gällandes att möta patientens vilja av att dö och ha någon form av beredskap vid detta svåra samtal. Samtalet mellan sjuksköterska och patient blir således sjuksköterskans verktyg i mötet. Studien är av relevans eftersom sjuksköterskan möter patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja av att dö, men också i andra vårdssammanhang. Förhoppningen med studien är att kunna bidra med ny kunskap till andra sjuksköterskor oavsett verksamhet för att vidga sin kompetens och få en bredare överblick gällandes ämnet.

# Bakgrund

## Vädjan om att dö

Schusters (2006) avhandling om profession och existens betonar hur sjuksköterskors möten med allvarligt sjuka patienter kan krypa nära "under huden". Detta ställer höga krav på sjuksköterskor, både professionella och som enskilda individer. Denna typ av nära kontakt med människor som lever i det sista stadiet i livet handlar mycket om att möta patienters andliga och existentiella livsdimensioner. En studie som genomfördes av Rurup et al. (2011) undersöktes faktorer som bidrog till att sjuka personer har eller haft dödsönskningar eller dödstankar. Studien genomfördes i olika europeiska länder inklusive Sverige och visade att 10-20% av äldre människor rapporterade att de hade både dödstankar och dödsönskningar (Rurup et al., 2011). I en svensk studie gjord av Valverius et al. (2000) förekom det att patienter som vårdades palliativt uttryckte en önskan om att få hjälp med att dö. Patienterna efterfrågade om att livsuppehållande behandling skulle avbrytas eller att en hastig död skulle påträffas. Patienterna skulle få stora doser smärtlindrande eller sömnframkallande preparat för att erhålla eutanasi eller läkarassisterat självmord.

Enligt Socialstyrelsen (2013) är det en etisk utmaning för vårdpersonal inklusive sjuksköterskan att kunna bemöta palliativa patienter som har existentiella behov. De existentiella behoven behöver inte vara kopplade till en specifik tidpunkt utan dessa livsfrågor kan förekomma i vardagliga sammanhang. Svensk sjuksköterskeförening (2020) skriver att det inte rymmer tid för sjuksköterskorna att etiskt reflektera över svåra situationer på arbetsplatsen. En vanlig orsak till att patienter anmäler till patientnämnder är brister i bemötandet. Därför poängterar Svensk sjuksköterskeförening att det är viktigt att reflektera över sin roll med patienter i situationer som involverar etiska frågeställningar. Således ska sjuksköterskan utveckla sin förmåga att ta hänsyn till patientens perspektiv. Emellertid saknas underlag med tillräcklig evidensbaserad kunskap för att guida vårdpersonal inklusive sjuksköterskan avseende bemötandet av patienter i livets slutskede som uttrycker viljan av att dö (Hudson et al., 2006). Sådan kunskap kan

bidra till en förbättrad allmän insikt om dödsönskningar som således fungerar som en vägledning för bemötandet av patienten på bästa sätt. Det är väsentligt att veta vilka faktorer som bidrar till att patienter i livets slutskede efterfrågar dödshjälp för att påskynda sin död (Guy & Stern, 2006).

## **Olika typer av dödshjälp**

Begreppet dödshjälp är ett paraplybegrepp där flera olika typer av begrepp ingår, bland annat: (aktiv) eutanasi, passiv eutanasi och läkarassisterat självmord. Begreppet eutanasi härstammar från grekiskan och betyder "en god död" eller "att dö på ett bra sätt". Ordet är ihopsatt av de grekiska orden eu (väl, god) och thanatos (död). Aktiv eutanasi innebär att någon annan än patienten själv utför handlingen som leder till patientens död (Statens medicinsk-etiska råd, 2017). Tamayo-Velázquez et al. (2012) definierar begreppet eutanasi som en direkt administrering av ett dödligt läkemedel som ges av en annan part exempelvis läkare till en patient med en barmhärtig avsikt. Administrering sker efter patientens uttryckliga vilja samt ska patienten vara medveten och informerad om vad eutanasi processen innebär.

Garrard och Wilkinson (2005) skriver att passiv eutanasi innebär rent praktiskt att medicinsk livsuppehållande behandling upphävs eller avbryts. Det finns tre olika anledningar till att genomföra passiv eutanasi. Det första är att göra ett beslut om livsuppehållande behandling ska hävas eller inte. Den andra anledningen är att häva den medicinska livsuppehållande behandlingen för att påskynda dödsprocessen. Den tredje och sista anledningen är att påskynda döden i bästa intresset för patienten. Garrard och Wilkinson poängterar att inte alla fall av att upphäva medicinsk livsuppehållande behandling är att benämnas som passiv eutanasi. "The grounds for passive euthanasia are, as we have seen, the interests of patients, where their expected quality of life is so poor that life will be worse for them than death." (Garrard & Wilkinson, 2005, s. 65).

Läkarassisterat självmord definieras som när en läkare medvetet hjälper en person att begå självmord. Materstvedt et al. (2003) beskriver att detta genomförs genom att tillhandahålla läkemedel som patienten själv kan handha på egen begäran samt att personen är beslutskompetent. Vidare skriver Materstvedt et al. att internationella jurisdiktioner har lagstiftning som reglerar assisterad dödshjälp. Lagarna anger att det vanligtvis är läkare och inte sjuksköterskor som förskriver läkemedel vid assisterat självmord eller administrerar direkt läkemedel. Det existerar olika lagstiftningar gällandes assisterat självmord och liknande tillvägagångssätt i olika länder.

## **Olika länders förhållningssätt till dödshjälp**

Det finns drygt ett tiotal länder i världen som har legaliserat dödshjälp. De mest framträdande modellerna för dödshjälp är Oregonmodellen och Beneluxmodellen (Statens medicinsk-etiska råd, 2017). Pedersen och Tariman (2018) skriver att Oregonmodellen förekommer i vissa amerikanska delstater, där enbart läkarassisterad dödshjälp är tillåtet. Kriterierna för att kunna få läkarassisterad dödshjälp är följande: patienten är myndig, beslutskompetent och lider av en dödlig sjukdom där personen förväntas enbart leva i sex månader till. Däremot finns inget krav på att patienten måste uppleva svårt lidande för att få dödshjälp (Pedersen & Tariman, 2018). I Beneluxmodellen som tillämpas i Belgien, Nederländerna och Luxemburg är både aktiv eutanasi och läkarassisterad dödshjälp lagligt. Kriterierna som ingår i Beneluxmodellen för att få dödshjälp är att lidandet är outhärdligt av fysisk och psykisk karaktär. Patienten har ett lidande som inte går att lindra, däremot behöver patienten inte vara i livets slutskede. Andra kriterier är att patienten har noga övervägt sin önskan, samt ska läkaren informerat patienten om situationen och prognosen (Statens medicinsk-etiska råd, 2017).

Enligt Brottsbalken (BrB, 1962) kapitel 3 § 1 och 2 får inte individer utföra aktiva handlingar som leder till att en person avlider. Detta är enligt Socialstyrelsen (2011) något som skulle kunna betraktas som aktiv eutanasi och är därmed inte lagligt i Sverige. Socialstyrelsen förtydligar att sjuksköterskan och annan vårdpersonal inte får utföra



aktiva insatser som leder till patientens död eller assistera patienten att begå självmord. Detta är visserligen inte straffbart men går emot hälso och sjukvårdens uppgift i att arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet vilket syftar till att arbeta för att lindra och bota sjukdomar (Patientsäkerhetslag [PSL], 2010).

I Sverige får inte vården sätta in åtgärder som leder till patientens död. Sjukvårdspersonal ska följa föreskrifter och allmänna råd för att värna om patientens liv. Sjukvårdens uppgift är att hjälpa personer som är i behov av att bli botade samt bli behandlade (Socialstyrelsen, 2011). När en patient är döende och ingen behandling kan ges, bör ett övervägande göras om livsuppehållande behandling ska genomföras. Nyttan ska vägas mot skadan som patienten kan drabbas av vid livsuppehållande behandling. Väljs livsuppehållande behandling att avbrytas betraktas det som passiv eutanasi. Avslutandet av livsuppehållande behandling är lagligt i Sverige och beslutet görs av patienten tillsammans med läkare, eller enbart anhöriga tillsammans med läkare om patienten inte kan föra någon talan (Socialstyrelsens, 2011). Sjuksköterskors värdegrund är att alla sjuksköterskor ska arbeta med att alltid uppmärksamma och vara medvetna om att en patient med vårdbehov är utsatt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Kan ej botande behandling ges, bör sjuksköterskan ge lindrande behandling i form av palliativ vård.

## **Palliativ vård**

Palliativ vård i livets slutskede är en kort tid som patienten har att leva. Beroende på diagnos kan livets slutskede ha olika tidsramar för patienten, det kan vara timmar, dagar, veckor eller månader (Socialstyrelsen, 2018). Palliativ vård har en strävan av att förbättra livskvalitén hos patienten men även familjen när problem påträffas vid livshotande sjukdom. Grunden bygger på att lindra lidande samt förebygga fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem. Palliativ vård bygger på att ge stöd till patienten där hen kan leva aktivt fram till döden. Vid palliativ vård kan terapier vars syfte är att förlänga livet sättas in. Undersökningar och diagnostik behövs även för att kunna förstå och hantera de kliniska fynd som kan uppkomma (World Health Organization [WHO], u.å.). Den

medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för läkarkontakten när patientens tillstånd kräver det. Utöver detta ansvarar även den medicinskt ansvariga sjuksköterskan för delegering av vårduppgifter som är kompatibla med patientsäkerheten. Sjuksköterskan har alltså en väsentlig roll gällande kvalitén i utförandet av den palliativa vården. Sjuksköterskan ska framförallt värna om patientens liv, men om detta inte anses vara möjligt skall sjukvården ge lindrande behandling som skulle kunna vara palliativ sedering (Socialstyrelsen, 2011).

Syftet med palliativ sedering i Sverige är att lindra plågsamma symtom och besvär i livets slutskede. Medvetandet hos patienter sänks med läkemedel som sjuksköterskan administrerar när andra interventioner inte visar en tillfredsställande effekt (Socialstyrelsen, 2011). Patienten är så pass sederad vid palliativ sedering att det sakta men säkert leder till patientens död. Således skriver Claessens et al. (2008) att det finns en knappt märkbar skillnad mellan palliativ sedering och det som benämns som långsam eutanasi. Vidare skriver Claessens et al. att vid palliativ sedering påskyndas inte dödsprocessen. I huvudsak är det sjuksköterskan som efter påbörjandet av den palliativa sederingen har i uppgift att följa upp samt vårda den sederade patienten. Den palliativa sederingen ges bland annat vid smärta, ångest, illamående, andnöd, kramper och/eller oro vid livets slut som ger upphov till ett svårt lidande för patienten (Läkemedelsverket, 2010).

## **Sjuksköterskans etiska dilemma**

ICN:s etiska kod strävar efter att vägleda världens sjuksköterskor genom att erhålla ett gemensamt förhållningssätt självständigt från lagar oavsett var i världen omvårdnadsarbetet bedrivs (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Svensk sjuksköterskeförening har sammanställt fyra ansvarsområden utifrån ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Dessa innefattar ett hälsofrämjande förhållningssätt, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Enligt

Erikssons (2015) teori om lidande kan patienten lida av en sjukdom som är obotlig eller uppleva ett ständigt outhärdligt lidande av en annan orsak. Orsaken kan vara att den somatiska smärtan är så intolerabel att det leder till människans andliga och själsliga död. Eriksson skriver att vid lidande aktualiseras ofta dödshjälp. Påverkan på hela patientens livssituation beror på att patienten lever med sjukdom och upplever ohälsa. När ingen kraft finns till att kämpa kan det vara en anledning till att vilja ge upp då patientens upplevelse är att hen saknar ett betydande värde eller uppgift i livet (Eriksson, 2015). Upplevelse kan förklaras som hur en person uppfattar världen runt omkring sig. Alla är unika, vilket innebär att personliga upplevelser är olika. En person kan uppleva något eller en situation på ett visst sätt, medan en annan person upplever samma sak på ett annat sätt (Dahlberg & Segesten, 2010).

I sjuksköterskans profession ingår det att respektera patientens mänskliga och kulturella rättigheter, rätten till liv, autonomi, värdighet och att vårdtagaren ska bli bemött med respekt eftersom det anses ligga i vårdens natur. Detta kan möjliggöras om sjuksköterskan bedriver personcentrerad vård där respekt för patientens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande tillfredsställs (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Däremot förekommer inte rätten till att dö, vilket som tidigare nämns ofta aktualiseras när patienten inte finner ett betydande värde eller uppgift i livet när lidandet är av en outhärdlig karaktär (Eriksson, 2015). Sjuksköterskan står därför inför ett etiskt dilemma då sjuksköterskan bör följa ICN:s etiska kod. Samtidigt kränker sjuksköterskan patienten utifrån hans autonomi och integritet, där sjuksköterskan inte tar hänsyn till patientens uttryckliga vilja att dö. Lindra patientens lidande anses därför ha en central roll i sjuksköterskans profession. Eriksson fortsätter med att lidandet alltid funnits och elementärt har även sjukvården åstadkommit lidande hos patienten. "Allt lidande kan inte lindras. För omvårdnaden är det väsentligt att lindra det lidande som är möjligt att lindra och att inte orsaka en person med ohälsa/sjukdom ytterligare lidande" (Svensk sjuksköterskeförening, 2016, s. 7).

Samtalet blir av vikt för sjuksköterskan, utan samtalet går det inte för sjuksköterskan att möta patientens vilja gällandes att dö. Således gör det att patientens dödsönskan blir ett svårt samtal för sjuksköterskan att föra, då hen ska värna om patientens liv. Problematiken kan bidra till ett etiskt dilemma för sjuksköterskan i mötet med patienten. Sjuksköterskans upplevelser blir därmed viktiga gällandes existentiella frågor, då upplevelserna kan ha svar på hur sjuksköterskan ska bemöta men också svara på existentiella frågor vid svåra samtal.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja att dö.

## **Metod**

### **Design**

Den valda designen för studien är en allmän litteraturöversikt som byggdes på vetenskapliga artiklar med kvalitativ design. Syftet med en allmän litteraturöversikt är att generera kunskap inom ett visst område, det vill säga sammanställa redan existerande forskning samt skapa en uppfattning om det studerade ämnet (Forsberg & Wengström, 2016). Detta kan leda till att den existerande kunskapen inom det valda ämnet både kan kartläggas samt analyseras djupare för att bidra till ett bättre omvårdnadsarbete.

### **Sökvägar och urval**

En pilotsökning genomfördes i Cinahl Complete för att få en tydligare bild om hur mycket forskning fanns gällandes det valda ämnet. Pilotsökningen visade att det fanns tillräckligt med material för att genomföra denna litteraturstudie. Därefter genomfördes de strukturerade sökningarna i Cinahl Complete, PubMed och PsychINFO. Databasen

Cinahl Complete omfattar material inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Databasen PubMed omfattar material inom medicin, omvårdnad och odontologi (Forsberg & Wengström, 2016). Databasen PsycINFO innehåller beteendevetenskapligt och psykologiskt material (Karlsson, 2017). Nyckelorden identifierades för att kunna få en begränsad och relevant sökning utifrån det valda syftet. Nyckelorden blev: *Vilja att dö, upplevelse* och *sjuusköterska* som översattes sedan till de engelska begreppen: *desire death, experience* och *nurse*. Översättningen av nyckelorden gjordes med hjälp av ett lexikon då alla tre databaserna är på engelska. Östlundh (2017) skriver att språkliga hinder kan förekomma om inte lexikon används. Lexikon användes som en försäkran så att översättningen av nyckelorden samt att synonymerna blev korrekta på engelska. Tillämpning av ämnesordslistor resulterar i en mängd dokument som innehåller de valda ämnesorden (Östlundh (2017)). Ämnesord av olika slag användes i samtliga databaser. I Cinahl Complete finns ämnesordslista för att beskriva innehållet av existerande material (Östlundh, 2017). I PubMed tillämpades ämnesord i form av MeSH-termer. Polit och Beck (2021) beskriver MeSH-termer som ämnesord där varje huvudbegrepp har flera underbegrepp och resulterar till ett sökträd. I PsycINFO användes Thesaurus som enligt Forsberg och Wengström är en rangordnad och ämnesindeldad ordlista. Ämnesorden i samtliga databaser valdes utifrån nyckelorden som identifierades utifrån syftet, se *bilaga 1*.

Varje nyckelord fick ämnesord och söktermer för att kunna utvidga sökningen av artiklar. Vissa söktermer trunkerades. Enligt Östlundh (2017) bör trunkering användas vid sökning av de vetenskapliga artiklarna. Trunkering bemärker de valda ordet med en (\*) som möjliggör att alla ordets böjningsformer framkommer. Vid den strukturerade sökningen användes Boolesk söklogik med de Booleska sökoperatorerna OR, AND och NOT. Söktermerna från varsitt sökblock söktes med OR. Östlundh skriver att OR är en annan sökoperator som används för att få fram det ena eller det andra söktermen i en artikel. Om söktermen omfattade mer än två ord användes frassökning. Karlsson (2017) beskriver frassökning som en metod där citationstecken används för att hålla ihop begrepp och ord som måste vara nära. Sedan söktes alla sökblocken tillsammans med

sökoperatör AND för att koppla ihop sökblocken. AND är den vanligaste sökoperatör för att koppla ihop ord som kan förekomma i en artikel (Östlundh, 2017). Sökoperatör NOT användes också för att exkludera sjuksköterskestudenter. Östlundh förklarar att NOT används mellan två termer och avgränsar sökningen till att innefatta den ena termen men inte den andra.

Efter att sökblocken söktes tillsammans tillämpades begränsningar som var engelskspråkiga, forskningsartiklar, peer-reviewed och publicerade mellan åren 2010-2020, begränsningarna användes även som inklusionskriterier. I databasen PubMed kunde inte peer-reviewed tillämpas som en begränsning. Begränsningar enligt Östlundh (2017) är viktigt för att kunna generera det mest aktuella sökresultatet för studien. Inklusionskriterier och exklusionskriterier tillämpades i de strukturerade sökningarna. Polit och Beck (2021) skriver att inklusionskriterier är en utgångspunkt för utvald data att ingå i analysarbetet. Inklusionskriterierna var att artiklarna handlade om sjuksköterskans möte med patienter som uttrycker en vilja att dö vid livets slutskede. Detta kunde även inkludera artiklar som handlade om att patienten hade en efterfrågan om någon form av dödshjälp. Ett annat inklusionskriterie var att inkludera artiklar som innehöll synonymer för begreppet livets slutskede. Begreppet inkluderades inte i sökningarna men artiklarna skulle handla om livets slutskede. Ord som beskriver livets slutskede behövde därför identifieras i artikelns abstract och nyckelord, dessa ord var; hospice, palliative care, dying patient, end of life, chronically ill och terminally ill. Exklusionskriterierna var att artiklarna inte skulle handla om sjuksköterskestudenter eller ett patientperspektiv, då syftet inte besvaras. Kristensson (2014) förklarar exklusionskriterier som kriterier en deltagare inte får uppfylla för att få delta i en studie. De strukturerade sökningarna resulterade i 260 artiklar. Urvalet blev tio artiklar varav sex artiklar från Cinahl Complete, en från PubMed och en från PsycINFO. Ytterligare två artiklar identifierades via manuell sökning i en av artiklarnas referenslista.

## Granskning och analys

Inledningsvis lästes artiklarnas titlar som avgjorde relevans gentemot studiens syfte, därefter valdes abstrakten att läsas för att få en övergripande inblick av innehållet. Relevanta artiklar sorteras ut genom att läsa artiklarnas titlar och abstrakt, som innehåller en kort beskrivning av artikeln (Friberg, 2017). Totalt granskades tio artiklar och alla artiklar erhöll god vetenskaplig kvalite, se *bilaga 2*. Inga dubletter identifierades utifrån granskningen. Manuell sökning gjordes av två artiklar från 2003 respektive 2004 som nämndes i en artikels referenslista, efter granskning av titel och abstrakt valdes dessa två artiklar att inkluderas. Enligt Friberg ska artiklarna granskas för att antingen inkluderas eller exkluderas utifrån den kvaliteten som artikeln innehar. Detta genomfördes med HKR:s granskningsmall för kvalitativa artiklar (Blomqvist et al, 2016). I HKR:s granskningsmall för kvalitativa artiklar ingår begreppen: tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet (Blomqvist et al, 2016).

Efter granskningen av artiklarna påbörjades analysen av artiklarnas resultat. I denna studie användes Fribergs (2017) analysmodell som består av tre steg. Artiklarna lästes enskilt igenom flera gånger för att förstå innehållet samt sammanhanget och författarna skrev enskilda stödanteckningar. Därefter diskuterades de valda artiklarnas relevans tillsammans. Enligt Friberg kan det ses som en slags validering att artiklarnas innehåll har uppfattas och dokumenterats. Steg två handlar om hitta likheter och olikheter mellan studierna som berör samma ämne för att identifiera karaktäristika (Friberg, 2017). Identifiering av likheter och olikheter gjordes genom att sortera särskilda meningsenheter som i sin tur blev kondenserade meningsenheter som sedan kodades, se exempel i *figur 1*. Steg tre är att sammanställa analysen och sortera innehållet under lämpliga rubriker som kallas teman eller kategorier (Friberg, 2017). Sammanställning av analysen gjordes slutligen genom att sortera materialet som resulterade i två huvudteman. Efter fördelning av huvudteman kunde sex subteman identifieras.

Figur 1. Figuren visar exempel på tillvägagångssätt i analysens sorteringsfas.

| Meningsenheter  | Översatta meningsenheter   | Kodning      | Subtema                     | Huvudtema                                   |
|---|--|--------------|-----------------------------|---|
| “I can’t go on any longer,’ I always ask: ‘What do you mean? How do you feel right now?’ And people, who want to talk about it, usually start talking. And then, I listen and let them speak” | Lyssna på patienten och låta hen föra talan, innan sjuksköterskan säger något själv. | Varsamhet    | Upplevelsen av varsamhet    | Sjuksköterskans upplevelse av mötet         |
| “Come on, X, it is not about what you feel, it is about being there for the patient”  | Fokusera på sina egna känslor istället för patientens.                               | Misslyckande | Upplevelsen av misslyckande | Sjuksköterskans upplevelse av sin egna roll |

## Etiska överväganden

Etiska överväganden präglades genom hela studien. Dessa etiska överväganden ska reflektera de forskningsetiska principerna och är nyttjandekravet, informationskravet, samtyckeskravet och konfidentialitetskravet (Sandman & Kjellström, 2018). Sjuksköterskor som utövar vård och omsorgsarbete har till uppdrag att kontinuerligt förbättra verksamheten. Detta relaterar till den grunden att sjuksköterskans profession måste utgå från att arbeta evidensbaserat. Därför krävs forskning samt etiska överväganden i samband med den forskning som ska bedrivas (Sandman & Kjellström, 2018). Forskningsetik implementeras av den anledningen till att värna om människors grundläggande värden samt rättigheter (Sandman & Kjellström, 2018). Detta gjordes genom konstanta etiska överväganden, genom att tillämpa etiskt granskade studier som värnat om nyttjandekravet, informationskravet, samtyckeskravet och konfidentialitetskravet. Författarna hade som avsikt att inte värdera eller utesluta material



som var av värde för studien. Författarna hade få erfarenheter om ämnet och hade inte intentionen av att förförståelsen skulle påverka studiens resultat. För att hantera förförståelsen bör forskaren skriva ner sina erfarenheter, tankar och förutfattade meningar om forskningsområdet (Sandgren, 2017). Således var detta grunden till varför förförståelsen skrevs ner redan i projektplanen inför litteraturstudien. Birkler (2012) skriver att resultatet inte får göras mer tilltalande genom att författarna till studien väljer ut vad som ska ingå i resultatet och därmed utesluta viktiga fynd, baserat på deras förförståelse. Därför skulle alla artiklars resultat inkluderas i denna litteraturstudie, oavsett ifall den nedskrivna förförståelsen kolliderade med artiklarnas resultat.

## **Förförståelse**

Under den verksamhetsförlagda utbildningen och arbete inom vården hade författarna stött på patienter som någon gång uttryckt en vilja för att dö. Patienternas vilja berodde på olika anledningar, en anledning var att patienten erhöll outhärdliga smärtor och ville slippa detta genom att injicera sig med för mycket insulin. En annan anledning var att en patient hade mycket besvär med sin sjukdom och hela situationen i sig och därmed hade inte någon ork eller vilja till att leva. Den ena författaren upplevde att patienten som uttryckte en vilja att dö gjorde det utan intentionen av att fullfölja det. Även om författarna stötte på dessa patienterna var inga av dessa i livets slutskede. Det finns inga formella riktlinjer om hur sjuksköterskan ska möta patienter som uttrycker en vilja för att dö vid livets slutskede. Författarna tror att det blir extra svårt om patienten befinner sig i livets slutskede och har ett outhärdligt lidande. Dels för att sjuksköterskan ska följa ICN:s etiska kod och de grundläggande ansvarsområden och dels för att inte kränka patientens autonomi och integritet. För författarna var det svårt att kunna möta dessa patienter fastän de inte var i livets slutskede och detta ligger till grund varför författarna vill skriva om detta ämne.

## Resultat

Resultatet utgjordes av tio kvalitativa studier. Studiernas kontext utgör slutenvården och hemsjukvården. Fyra artiklar var gjorda i Belgien, två i Kanada, två i USA, en i Schweiz och slutligen en i Sverige. En artikel härstammar från Sverige där dödshjälp inte är lagligt. Detta resulterade till att nio av tio artiklar härstammar från länder där dödshjälp av någon form är lagligt. Totalt ingick 256 sjuksköterskor i artiklarna där majoriteten var kvinnor. Artiklarna hade alla ett sjuksköterskeperspektiv där sjuksköterskor arbetade med patienter i livets slutskede som uttryckte en vilja för att dö. En artikel som inkluderade undersköterskors upplevelser, tog dock endast sjuksköterskans upplevelse till hänsyn. De sjuksköterskor som ingick i studierna var allmänsjuksköterskor, onkologisjuksköterskor, hospice sjuksköterskor samt sjuksköterskor inom hemsjukvård och palliativ sjukvård.

I analysen framkom sjuksköterskornas återkommande upplevelser av att möta patienter som uttrycker en vilja av att dö i livet slutskede. Resultatet presenteras genom två teman med tre underteman vardera, se *figur 2*. Dessa teman är: *Sjuksköterskans upplevelse av mötet* och *Sjuksköterskans upplevelse av sin egna roll*.



Figur 2. Figuren visar sjuksköterskans upplevelse vid mötet med patienter som uttrycker en vilja för döden i livet slutskede.

## **Sjuksköterskans upplevelse av mötet**

I mötet med patienter som uttrycker en vilja av att dö uppstod tre upplevelser hos sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde en osäkerhet vid mötet när patientens vilja för att dö uttrycktes. Detta berodde dels för att sjuksköterskan upplevde osäkerhet gällandes om patienten faktiskt menade det hen sa och dels för hur sjuksköterskan skulle möta viljan. Upplevelsen av varsamhet behövdes tillämpas när sjuksköterskan skulle möta patientens dödsönskan. Sjuksköterskans upplevelse av att bli anförtrodd berodde på att patientens dödsönskan inte uttrycktes till alla sjuksköterskor.

### **Upplevelsen av osäkerhet**

Sjuksköterskorna upplevde osäkerhet när en patient uttryckt en vilja för döden vid livets slutskede. Osäkerheten visade sig i två olika former: dels handlade det om en osäkerhet kring ifall patienten verkligen menade vad hen sa, och dels handlade det om en osäkerhet hur sjuksköterskan skulle bemöta en sådan önskan.

Sjuksköterskorna upplevde osäkerhet när en patient uttryckt en vilja för döden vid livets slutskede. Detta berodde på när en patient uttryckt en sådan vilja upplevde sjuksköterskorna en osäkerhet om det var patientens sanna vilja (Bellens et al., 2020; Schwarz, 2003; Wright et al., 2017). Sjuksköterskornas upplevelse av osäkerhet kunde grunda sig i att ena sekunden kunde patienten uttrycka en vilja av att dö och nästa sekund bad patienten om vatten (Schwarz, 2003). Upplevelsen av osäkerhet hos sjuksköterskorna uppstod när patienterna uttryckte en vilja för döden vid livets slutskede men sa det inte ordagrant.

...it is tricky, he did not say 'I want to die'... 'I am going to end this' kind of thing, but he talked around it. Like, 'I do not know if I can live like this anymore.' 'I do

not know how much longer I can do this.’ That kind of thing (Wright et al., 2017, s. 58).

Sjuksköterskorna upplevde osäkerhet när patienter i livets slutskede uttryckte en dödsönskan som kunde variera från dag till dag och uttryckas muntligt på olika sätt. Således medförde detta svårigheter för sjuksköterskan att bedöma patientens vilja, då sjuksköterskan upplevde osäkerhet om patienten menade det hen uttryckte. Sjuksköterskorna upplevde osäkerhet då de inte visste om dödsönskan som patienten uttryckt berodde på inadekvat palliativ vård (Pesut et al., 2020; Schwarz, 2004; Schwarz, 2003; Wright et al., 2017). En annan anledning till att upplevelsen av osäkerhet uppstod hos sjuksköterskorna var när god palliativ vård gavs tog patienten tillbaka sin vilja för döden (Bellens et al., 2020; Pesut et al., 2020).

Upplevelsen av osäkerhet berodde på att sjuksköterskorna kände sig tveksamma när de mötte patienter som uttryckte en vilja för döden. Skuld känslor uppstod hos sjuksköterskorna då de inte visste hur de skulle möta patientens vilja (Bellens et al., 2020; Denier, De Casterlé, De Bal, & Gastmans, 2010; Wright et al., 2017; Schwarz, 2004). Behovet av att behöva bekräfta patienten som en person och inte enbart deras uttryckliga vilja av att önska döden var viktig för sjuksköterskan (Pesut et al., 2020). Upplevelsen av osäkerhet för hur sjuksköterskan skulle kunna möta detta svåra samtal ledde till känslor av skuld och moralisk ångest. Däremot när sjuksköterskorna behövde föra detta intensiva samtalet upplevde sjuksköterskorna en osäkerhet som i tur kunde oavsiktligt skada patienten genom hur de förde samtalet (Bellens et al., 2020; Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010; Wright et al., 2017; Schwarz, 2004).

I feel bad bringing it up. Like, what if they don't desire to die, what are they going to think of me asking them that question? You know, you're afraid of their reaction, they might interpret it as, 'Does that mean that she thinks I'm going to

die?’ So, it’s a touchy subject. I have to be honest, I’m not the most comfortable approaching the subject (Wright et al., 2017, s. 59).

### Upplevelsen av varsamhet

En viss varsamhet upplevde sjuksköterskorna behövde tillämpas när patienten uttryckt en vilja av att dö. Upplevelsen av varsamhet berodde på att sjuksköterskorna var osäkra och behövde vara observanta på sättet patienten uttryckt sig verbalt (Wright et al., 2017). Sjuksköterskorna upplevde att de var varsamma när de behövde aktivt lyssna och ställa öppna frågor när patienten bjöd in till samtal om sin dödsönskan (Denier, De Casterlé, De Bal, & Gastmans, 2010; Dierckx de Casterlé et al., 2010).

I can’t go on any longer,’ I always ask: ‘What do you mean? How do you feel right now?’ And people, who want to talk about it, usually start talking. And then, I listen and let them speak (Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010, s. 3377).

Sjuksköterskorna upplevde att de var varsamma när de skapade en öppen atmosfär som möjliggjorde en dialog när patienten uttryckte en vilja för döden. Såldes när sjuksköterskan var varsam i mötet med patienten, kunde patienten bjuda in till samtal. Upplevelsen av varsamhet uppstod även när sjuksköterskorna försökte förstå patientens önskan för döden vid livets slutskede och varför denna önskan uttrycktes. När sjuksköterskorna skapade en öppen atmosfär upplevde sjuksköterskorna varsamhet då mötet var så pass känsloladdat. I sin tur möjliggjorde det att patienten kunde enklare bjuda in till samtal när sjuksköterskan var varsam (Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010).

## Upplevelsen av att bli anförtrodd

När patienten uttryckt en vilja för döden, betraktade sjuksköterskorna detta som en upplevelse av att bli anförtrodd då patienten delade med sig av sina mest intima känslor och tankar. Detta bidrog även till att sjuksköterskan fick en professionell uppfyllelse, genom att hen kände sig speciell och privilegierad vid mötet. Sjuksköterskorna kände respekt för detta svåra och intensiva samtal. Upplevelsen av att bli anförtrodd bidrog till en speciell dimension till sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Bellens et al., 2020; Browall et al., 2014; Wright et al., 2017). Sjuksköterskans upplevelse av att bli anförtrodd kunde speglas när sjuksköterskan identifierade en inbjudan vid samtal med patienten till att prata om denna vilja (Wright et al., 2017). Däremot om sjuksköterskorna upplevde att de blev anförtrodda, bidrog det inte till någon säkerhet hur vidare sjuksköterskorna skulle möta patientens vilja för döden vid livets slutskede. När sjuksköterskorna upplevdes bli anförtrodda kände sjuksköterskorna ett behov av att sätta ut mer tid för detta intensiva samtalet även om tiden var begränsad (Bellens, 2020; Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010). Tankar som "Har jag verkligen kunnat hjälpa och bidra med något?" kom ofta till uttryck efteråt (Browall et al., 2014, s. 640). Sjuksköterskan upplevde sig bli anförtrodd när det existerade en lång vårdrelation och patienten uttryckte en vilja för döden. Sjuksköterskan upplevde sig bli anförtrodd då patienten inte uttryckte en vilja för döden till alla sjuksköterskor på platsen där patienten vårdades (Schwarz, 2003; Schwarz, 2004; Wright et al., 2017).

Patients open up to me. They say things to me that they have not said to other nurses, even their primary nurse. I will go back to the primary nurse and say "The patient asked if I could help him die. Has he asked you?" and the nurse often said no." (Schwarz, 2004, s. 228).

## Sjuksköterskans upplevelse av sin egna roll

Sjuksköterskornas upplevelse av sin egen roll kunde variera i mötet med patienter som uttryckte en vilja för döden. Dessa upplevelser kunde präglas av hjälplöshet, misslyckande och att sjuksköterskan underordnade sig patienten. Upplevelsen av

hjämlöshet berodde på tidspress men även att de inte kunde göra allt för patienten. Upplevelsen av misslyckande hos sjuksköterskan berodde på patientens dödsönskan men även sjuksköterskans egna roll gällandes att inte kunna balansera professionellt och personligt förhållningssätt. Sjuksköterskans upplevelse av att underordna sig patienten handlar om att sjuksköterskan skulle bortse sig själv samt sitta ned och lyssna på vad patienten hade att säga.

### Upplevelsen av hjälplöshet

Upplevelsen av hjälplöshet uppstod när sjuksköterskorna mötte patienter som uttryckte en vilja för döden. Dödsönskan berodde inte på sjuksköterskans kompetens eller erfarenhet, utan upplevelsen av hjälplöshet menade sjuksköterskorna var förekommande i vårdandet vid livets slutskede. Detta bidrog till en upplevelse av hjälplöshet hos sjuksköterskan (Wright et al., 2017). Sjuksköterskorna upplevde en känsla av hjälplöshet när de behövde släppa tankesättet "behöva fixa allt" och därmed istället enbart finnas där för patienten (Pesut et al., 2020; Saladin et al., 2018). Upplevelsen av hjälplöshet berodde även på att sjuksköterskorna inte alltid kunde fixa, kontrollera eller erbjuda något konkret när patienten uttryckte en dödsönskan. Upplevelsen av hjälplöshet var tydlig när patienten uttryckte en vilja för döden på grund av sitt lidande och sjuksköterskan inte kunde lindra patientens lidande (Wright et al., 2017).

I guess you feel, I always feel torn... because we're always trying to fix things, as nurses. We're always trying to make things better, and you can't make this better, you can't make the patient better, and you can't really enable them to die, so it's hard." (Wright et al., 2017, s. 59).

Upplevelsen av hjälplöshet hos sjuksköterskorna fanns när tidspress var närvarande och när patienten uttryckte en vilja för döden vid livets slutskede. Sjuksköterskorna kände ett

behov att göra mötet så perfekt som möjligt (Denier, De Casterlé, De Bal, & Gastmans, 2010). Mötet uppfattades som intensivt vilket gjorde att sjuksköterskorna ansåg tiden som begränsad. Upplevelsen av hjälplöshet uppstod vid tidspress, detta bidrog till att de inte kunde lära känna patienterna på ett djupare plan och därmed inte kunna hjälpa patienterna med deras behov (Bellens et al., 2020; Denier, De Casterlé, De Bal, & Gastmans, 2010; Wright et al., 2017).

Sjuksköterskorna kände att de inte kunde tillfredsställa patienternas behov då patienterna uttryckte en vilja för döden och detta gjorde att sjuksköterskan upplevde hjälplöshet när patienten inte hade samma perception av livet och livskvalité som sjuksköterskan. När patienten uttryckte en vilja för döden visste inte alltid sjuksköterskorna om anledningen till dödsönskan. Detta gjorde att sjuksköterskorna upplevde hjälplöshet då de inte visste anledningen och kunde därmed inte "fixa" problemet (Bellens et al., 2020). Några av sjuksköterskorna uttryckte att existentiella dialoger upplevdes som svåra och de kände sig ofta ledsna och otillräckliga efter samtalet med patienterna (Browall et al., 2014; Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010). Sjuksköterskornas upplevelse av hjälplöshet förekom då deras roll i patientens lidande ansågs vara oklar och de ifrågasatte holistisk vård. En deltagare beskrev detta som "Holistic care isn't always about making everything perfectly better. We need to start being okay that we're not going to fix everything." (Pesut et al., 2020). Upplevelsen av hjälplöshet försvann däremot när sjuksköterskan släppte tankesättet av att behöva "fixa allt". Omvårdnadsarbetet blev mer genuint när sjuksköterskorna inte behövde känna pressen av att behöva fixa allt vid livets slutskede hos patienterna (Pesut et al., 2020).

### Upplevelsen av misslyckande

När en patient hade uttryckt en vilja för döden vid livets slutskede kunde sjuksköterskorna uppleva detta som ett slags misslyckande av sin profession relaterat till att de inte kunde lindra patientens lidande. När patienterna uttryckte en vilja för döden kände sjuksköterskorna ödmjukhet och osäkerhet, då de inte visste hur de skulle möta en sådan vilja. Upplevelsen av misslyckande grundade sig i att sjuksköterskorna kände ett ansvar



gentemot hur det skulle möta patienten dödsönskan (Bellens et al., 2020; Browall et al., 2014; Denier, De Casterlé, De Bal, & Gastmans, 2010; Wright et al., 2017).

Ett annat sätt som sjuksköterskorna upplevde misslyckande var att de inte kunde balansera ett professionellt och personligt förhållningssätt, när patienten uttryckt en dödsönskan vid livets slutskede. Upplevelsen av misslyckande uppstod då sjuksköterskorna visste att detta inte handlade om de själva men hade ändå svårt att inte färgas av sina personliga värderingar. Detta illustreras genom följande citat: “Come on, X, it is not about what you feel, it is about being there for the patient” (Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010, s. 43). Sjuksköterskorna upplevde misslyckande när patienten led så mycket att de uttryckte en vilja för döden. Detta gjorde att sjuksköterskorna ifrågasatte sin roll relaterat till hur effektivt det enbart var att finnas där för patienten. När patienten uttryckt en vilja för döden kunde sjuksköterskan känna tumult och panik inombords. När dessa känslor uppstod hos sjuksköterskorna upplevdes ett misslyckande (Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010). Däremot kunde sjuksköterskan uppleva ett mindre slags misslyckande om de kunde möta patientens vilja för döden vid livets slutskede på ett bra sätt. Även om sjuksköterskorna kunde uppfatta detta möte som intensivt, kunde det stärka deras roll som sjuksköterskor. Detta bidrog även till en känsla av att sjuksköterskorna kunde i framtiden möta en sådan vilja enklare (Wright et al., 2017; Denier, De Casterlé, De Bal, & Gastmans, 2010; Denier, Gastmans, De Bal, & Dierckx de Casterlé, 2010).

#### Upplevelsen av att underordna sig

Sjuksköterskans upplevelse av att underordna sig förekom när patienten uttryckte en vilja för döden, då gällde det för sjuksköterskan att möta den viljan utan att kränka patientens autonomi (Pesut et al., 2020). Sjuksköterskorna upplevde detta som ett slags lidande genom att vara närvarande och enbart sitta och lyssna på vad patienten hade att säga. Sjuksköterskorna kunde inte uttrycka sina egna känslor eftersom de ville hålla ett professionellt förhållningssätt (Pesut et al., 2020; Wright et al., 2017). Sjuksköterskorna upplevde vara underordnade då de ansåg att fokuset skulle enbart ligga på patientens vilja för döden och att det inte existerande utrymme för deras egna åsikter, känslor och

attityder. “We have a moral and ethical obligation to put the patient at the centre of everything.” (Pesut et al., 2020, s. 3877). Upplevelsen av att underordna sig när patienten uttryckt en vilja för döden var att sjuksköterskorna kände ett tvång för att respektera och förstå patientens önskan och samtidigt fortsätta ge god palliativ vård till patienten (Saladin et al., 2018; Schwarz, 2003; Schwarz 2004).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med en metoddiskussion är att påvisa säkerställandet av kvalitén i ett examensarbete. Det är av väsentlig grund att ha ett kritiskt förhållningssätt till det som producerats i det egna arbetet samt diskutera arbetet i sin helhet (Henricson, 2017). Metoden diskuteras utifrån de fyra trovärdighetsbegreppen *tillförlitlighet*, *verifierbarhet*, *pålitlighet* och *överförbarhet* som lämpar sig väl för att kvalitetsgranska kvalitativa studier (Shenton, 2004).

#### Tillförlitlighet

Tillförlitlighet enligt Shenton (2004) handlar om hur stor utsträckning studiens resultat svarar på syftet samt ifall resultatet speglar verkligheten hos deltagarna. Litteraturstudiens tillförlitlighet stärks genom att resultatet svarar på studiens syfte, samt att de teman som genererats är passande till den skrivna texten och svarar på syftet. Dessutom speglar resultatet deltagarnas verklighet genom citat, vilket också stärker studiens tillförlitlighet. De utvalda citaten hade kunnat passat in på flera ställen i resultatet. Däremot värnade författarna om att placera citaten på det mest lämpliga stället på resultatet för att spegla texten, således stärker detta tillförlitligheten. Författarna har analyserat datan enskilt och sedan tillsammans. Shenton beskriver hur tillförlitligheten stärks när triangulering används vilket innebär att två eller fler personer har analyserat och tolkat datan tillsammans, detta bidrar till en gemensam bild av datan. Under skrivprocessens gång har studien granskats återupprepade gånger av studenter samt lärare genom olika

handledningar och seminarier. Detta gör att tillförlitligheten i studien ytterligare stärks enligt Shenton. Databasinsamlingen bygger på användningen av söktermer med lämpliga synonymer i sökblocken, boolesk söklogik, trunkering, frassökning och ämnesord. Detta medförde att tillförlitligheten stärks då relevanta sökträffar kunde genereras utifrån studiens syfte.

Mycket material som existerar kring det berörda ämnet publicerades när lagen om dödshjälp aktualiserades i vissa länder på slutet på av 90-talet och i början av 2000-talet, därav finns mycket material som är relevant men äldre. Ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 2010-2020 för att generera nyare forskning till ett nutida omvårdnadsperspektiv, vilket stärker tillförlitligheten. Däremot användes två äldre artiklar som hittades och valdes att användas. Författarna ansåg trots artiklarnas ålder så kunde de svara på studiens syfte tillsammans med de andra artiklarna och valdes därmed att inkluderas. Resultat från de två äldre artiklarna anser författarna har samma kvalitet som de genererade artiklarna från den strukturerade sökningen och därmed inkluderades. Artiklarna mötte däremot inte inklusionskriterierna, som således sänker tillförlitligheten i studien. En artikel som ingick i resultatet inkluderade ett annat perspektiv än bara sjuksköterskans, dock gick det tydligt att urskilja vems upplevelse det var och gjorde att författarna ansåg att artikeln kunde inkluderas i litteraturstudien.

Vid både pilotsökningen samt den strukturerade sökningen bör databaser vars innehåll är om omvårdnad användas (Forsberg & Wengström, 2016; Östlund, 2017). De valda databaserna erhöll artiklar inom omvårdnad vilket ytterligare bidrog till att stärka tillförlitligheten. Manuell sökning gjordes som komplettering till databasinsamlingen för denna studien, vilket stärker tillförlitligheten. Däremot redovisas ej de två äldre artiklarna från vilken artikel den manuella sökningen genomfördes. Tillförlitligheten stärks genom utförandet av en pilotsökning som bekräftade att genomförandet av studien kunde utföras, detta hävdar Shenton (2004) är viktigt för att kartlägga redan existerande forskning och dess relevans för att påbörja ny forskning. De artiklar som genererades utifrån den strukturerade sökningen granskades utifrån en granskningsmall, detta gjordes utifrån

HKR:s granskningsmall för kvalitativa artiklar (Blomqvist et al., 2016). Tillförlitligheten i denna studien sänks då flera artiklar hade samma författare, som således gör att respektive artikels resultat kan vara likt dem andra artiklarnas resultat som har samma författare. Genom att värdera artiklarnas kvalitet bidrar det till att tillförlitligheten stärks, då artiklarna ansågs av författarna innehålla hög kvalitet.

### Verifierbarhet

Verifierbarheten syftar enligt Shenton (2004) till att ha en väl beskriven metod som möjliggör att studien kan återupprepas och resultera till liknande resultat. Studiens genomförande ska vara så pass bra beskrivet att andra som läser studien ska kunna göra om den och få liknande resultat. Shenton skriver att ett väl beskrivet genomförande bidrar till att verifierbarheten stärks. Verifierbarheten har säkerställts genom att i avsnittet sökvägar och urval har författarna i högsta mån försökt skriva så detaljerat som möjligt hur den strukturerade sökningen genomfördes. Detta inkluderar en beskrivning hur nyckelorden identifierades samt hur varje sökblock gjordes. Författarna har även inkluderat ett sökschema där läsaren kan följa stegvis hur sökningen genomfördes. Verifierbarheten stärks, då det är utförligt beskrivet hur sökning av de resterande artiklarna genomfördes samt så redovisas ett flertal sökscheman från varje enskild databas. Genom en tydlig beskrivning hur sökningen av artiklarna gjordes möjliggör det att en annan person som vill genomföra samma typ av studie kan veta hur sökningarna ska gå till. Däremot anser författarna att det kan delvis vara problematiskt att inte använda sig av söktermer som kan kopplas till livets slutskede utan att det enbart fick läsas fram. Detta kan vara ett hinder för andra personer som vill upprepa sökningen då livets slutskede måste läsas fram i artiklarna och kan därför ses som en tolkningsfråga. Trots detta stärks verifierbarheten genom att författarna gav exempel på begrepp om livets slutskede, se avsnittet om sökvägar och urval. Fribergs (2017) och Östlundhs (2017) metoder gällande granskning och analys samt sökmetodik tillämpades i denna studien, vilket kan betraktas som välbeprövade metoder. Utifrån Fribergs trestegsmodell för analys skapades en figur för att visualisera analysprocessen (se *figur 1*), vilket således stärker verifierbarheten. Författarna har även värnat om att så detaljerat som möjligt

beskriva analysmodellen. Författarna förklarade Östlundhs metoder noggrant som också medför att verifierbarheten stärks.

### Pålitlighet

Shenton (2004) beskriver att pålitligheten bygger på om författarna har redovisat en opartisk förförståelse för att därmed inte påverka studiens resultat. Pålitligheten bygger även på vem eller vilka som deltagit i analysprocessen. Objektivitet ingår i pålitlighet och är en del av studiens trovärdighet enligt Shenton. En studie kan inte vara fullständigt objektiv oavsett vilken den valda designen är, eftersom designen är framtagen av andra människor med förefintliga förförståelser. Shenton förklarar att författarna till den skrivna studien medvetet bör göra försök för att uppnå ett objektivt tänkande som genomsyrar hela skrivprocessen. Pålitligheten har stärkts genom att artiklarna analyserades enskilt och sedan gemensamt. Analysen av artiklar gjordes på det sättet att varje artikel lästes igenom flera gånger enskilt. Detta bidrar till ett objektivt förhållningssätt som således stärkt pålitligheten i studien, relaterat till att den enskildes författarens förförståelse inte har influerat vilka artiklar eller resultat som redovisats. Förförståelsen om ämnet skrevs innan studien påbörjades, vilket stärker pålitligheten genom att förförståelsen inte skapades eller påverkades under tiden arbetet skrevs. Författarnas erfarenhet kring det valda ämnet var bristande, vilket således bidrog till att förförståelsen inte kunde i någon större omfattning påverka studiens resultat. Därmed stärks pålitligheten i studien. Polit och Beck (2021) skriver att forskningsetik bör utvärderas av en etikkommitté för att uppfylla kriterier för forskningsetiska principer. Författarna valde att i största mån enbart inkludera artiklar som har redogjort sina etiska överväganden, således stärker detta studiens pålitlighet. Det genomfördes genom att läsa artiklarna och se ifall författarna till artiklarna hade redogjort hur olika etiska principer har försäkrats. En bidragande faktor till en sänkt pålitlighet var att artiklar som var skrivna på engelska kunde bidra till en feltolkning av resultatet, då författarnas modersmål är svenska. En artikel förekom i en omfattande frekvens i studiens resultat då den svarar på studiens syfte och inte för att den stämmer överens med den förförståelse som författarna har. Författarna anser därmed att pålitligheten inte påverkas i någon större utsträckning av den faktorn.

## Överförbarhet

Enligt Shenton (2004) förklaras överförbarhet som den graden av abstraktionsnivå kategorierna i resultatet har men även hur väl framställd studiens kontext är. Kvalitativa studier har en begränsad överförbarhet då de utgår från en smal kontext. Fynd från kvalitativa studier är begränsade till specifika miljöer och en snävare population. Således är det svårt att applicera sina fynd och slutsatser till andra sammanhang och populationer (Shenton, 2004). Studiens resultat kan överföras till andra vårdkontexter och länder där palliativ vård bedrivs inom hemsjukvården och i slutenvården. Studiens resultat kan däremot inte överföras till vårdssammanhang inom psykiatrisk och pediatrik vård då studiens resultat utgår från sjuksköterskans möte med vuxna patienter med somatisk sjukdom som vårdas palliativt. Trots att benämningarna i resultatet benämns som sjuksköterskans upplevelse, anser författarna att abstraktionsnivån är relativt hög i den bemärkelsen att dessa upplevelser borde kunna överföras till personer som arbetar med palliativ vård. Sjuksköterskor och även undersköterskor arbetar mer patientnära än andra vårdprofessioner som till exempel läkare. I sin tur anser författarna att resultatet skulle kunna tillämpas till andra vårdprofessioner såsom undersköterskor. Artiklarna som förekom i denna studie härstammar från länder där dödshjälp av någon form är lagligt. Detta kan i sin tur sänka överförbarheten således att kontexten inte kan tillämpas i alla sammanhang. Däremot är endast sjuksköterskans upplevelse i fokus när en patient efterfrågar döden. Överförbarheten stärks eftersom sjuksköterskor kan möta denna vilja för döden vart som helst och inte i enbart länder där dödshjälp finns. Detta kan konstateras då en artikel härstammar från Sverige som belyser samma upplevelse och där dödshjälp är olagligt.

## Resultatdiskussion

I föreliggande litteraturstudie var syftet att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja för att dö. Genom reflektion och

identifiering av behov som kan behövas vid ett sådant möte kunde tre fynd identifieras, dessa är *det tysta samtalet*, *sjuksköterskans etiska reflektion* och *lindra lidande*. Fynden visar att detta möte mellan sjuksköterska och patient som efterfrågar döden är väldigt komplex. Problematiken grundar sig i först och främst hur en sjuksköterska ska möta denna efterfrågan men även hur sjuksköterskan hanterar sina egna känslor och tankar. Emellertid visar även resultatet att lidandet spelar en central roll i det hela och leder till frågan om hur lidande ska lindras samt om det alltid är möjligt. Det framställda resultatet kopplades till Erikssons teori om lidande. Teorin har valts att kopplas till det framställda resultatet för att försöka förstå varför en patient uttrycker en vilja för döden. I denna resultatdiskussion ska det även föreligga en diskussion om hur det framställda resultatet kan tillämpas på ett samhällsperspektiv.

### Det tysta samtalet

Sjuksköterskan är många gånger lyhörd, varsam och tyst när patienten uttrycker sin dödsönskan. Sjuksköterskans försiktiga och tysta förhållningssätt grundar sig ibland i en osäkerhet, när viljan för döden ska bemötas. När sjuksköterskan var lyhörd och tyst vid detta möte bekräftade sjuksköterskan patienten och skapade samtidigt en öppen atmosfär. Således möjliggjorde det att patienten kunde dela med sig av sina mest intima känslor och tankar. Ett centralt fynd visade att när sjuksköterskan var lyhörd, mer tillbakadragen och lät patienten föra talan så kände inte sjuksköterskorna pressen av att behöva säga något. Således gjorde det att sjuksköterskorna kunde bekräfta patienten utan att säga något som kunde kränka eller skada patienten. Hudson et al. (2006) belyser hur sjuksköterskor bör ha kunskap när de möter patienter som uttrycker en sådan vilja, men även att existerande kunskap är begränsad.

Osäkerheten sjuksköterskorna upplevde kan kopplas till Holst et al. (2003) där de förklarar att sjuksköterskorna upplever samtalet om döden med patienten som skrämmande. Vidare skriver Holst et al. att ett sådant samtal är viktigt även om rädsla hos sjuksköterskan är närvarande. Vid ett sådant samtal är det viktigt som sjuksköterska att försöka förstå och vara lyhörd inför patientens ängslan, genom att finnas där för patienten

(Holst et al., 2003). En svensk studie gjord av Strang et al. (2002) visade att sjuksköterskorna upplevde osäkerhet hur de skulle tillgodose patientens existentiella frågor vid vård i livets slutskede, vilket benämns vara den vanligaste patientgruppen där dessa frågor förekommer (Strang et al., 2002). Schuster (2006) beskriver att när sjuksköterskor möter svårt sjuka patienter upplever de osäkerhet gällande hur de ska bemöta patienten. Vidare förklarar Schuster att det bästa agerandet sjuksköterskan har är att möta dessa patienter i två olika förhållningssätt. Det ena förhållningssättet är att sjuksköterskan är aktiv, informerande och konkret. Det andra förhållningssättet bygger på att sjuksköterskan är lyhörd och tystare vid samtalet.

Utifrån Eriksons (2015) teori om lidande har sjuksköterskans agerande betydelse för hur hen möter patienter som uttrycker en vilja för döden. Eriksson förklarar att vårdlidande har orsakats av sjukvården som emellertid har åstadkommit lidande hos patienter. Orsaker till vårdlidande kan vara kränkning av patientens värdighet genom omedveten nonchalans vid tilltal, patientens integritet eller personliga frågor inte värnas om. Enligt Erikssons teori om lidande är en åtgärd att sjuksköterskan önskar att lindra lidandet. Detta skriver Eriksson innebär en bekräftelse av lidandet, genom att bekräfta lidandet förmedlar sjuksköterskan att hen ser människan som i sin tur fungerar som en tröst. Eriksson poängterar att denna bekräftelse inte kräver stora handlingar, utan räcker med ett litet ord, en vänlig blick och en beröring. Erikssons teori om lidande kan kopplas till detta centrala fynd genom att sjuksköterskans försiktiga förhållningssätt minskar risken för att bidra till vårdlidande genom att undvika orsakerna till det genom att vara tyst och lyhörd. Vårdlidandet kan orsakas när sjuksköterskan inte vet hur hen ska möta patienten när de uttryckt en vilja för döden. Sjuksköterskor som är medvetna om att ett lyhört och tyst förhållningssätt skapar en öppen atmosfär, resulterar till ett mindre vårdlidande genom att patienterna kan dela med sig av sina känslor och tankar.

### Sjuksköterskans etiska reflektion

Olika känslor alstras hos sjuksköterskan när patientens vilja för döden ska mötas. Dessa känslor innefattar bland annat misslyckande, hjälplöshet och osäkerhet. Sjuksköterskan



behöver etiskt reflektera över situationen och känslorna som väcks. Ett centralt fynd i litteraturstudien var att samtalet med patienten uppfattades som intensivt vilket bidrog till en tidsbrist, moralisk ångest och stress. Etisk och moralisk stress uppkommer när vi befinner oss i sammanhang där vi är medvetna om hur vi ska handla rätt, men av olika anledningar inte kan eller får göra det (Kallenberg et al., 2016). Den moraliska ångesten och stressen berodde på att sjuksköterskorna inte kunde uttrycka sina egna känslor för de ville upprätthålla ett professionellt förhållningssätt. Således fanns inget utrymme för sjuksköterskan att reflektera över mötet med patienten som uttryckte en vilja för att dö.

En studie av Karlsson et al. (2016) förklarade att det var brist på tid för sjuksköterskorna att samtala med patienter. Sjuksköterskorna kände även att tidsbrist i sig var också en bidragande faktor som ledde till att sjuksköterskorna inte kunde avsätta tid för att lära känna patienten. Van Bogaert et al. (2017) förklarar att en stressig arbetsmiljö leder till en minskad interaktion med patienten eftersom sjuksköterskan prioriterar andra arbetsuppgifter. Vidare kan detta kopplas till att stress avseende tidsbrist på arbetsplatsen minskar sjuksköterskans färdighet att hantera patienters existentiella problem som kan vara att patienten efterfrågar döden. Enligt Weidema et al. (2015) beskrivs att etiska reflektionssamtal prioriteras bort om tidsbrist finns gentemot det patientnära arbetet. Svensk sjuksköterskeförening (2020) skriver att det inte rymmer tid för sjuksköterskor att etiskt reflektera över svåra situationer. Beauchamps och Childress (2016) skriver att tid som ska vara avsatt till att reflektera etiskt bör finnas på arbetsplatser där etiska dilemman kan förekomma. Således kan detta kopplas till sjuksköterskans möte när patienten önskar döden. Det krävs att sjuksköterskan reflekterar över mötet och får utrymme att berätta vad hen kände vid mötet samt vilka tankar som pågick under mötet.

Svensk sjuksköterskeförening (2014) belyser hur ett gynnsamt förbättringsarbete inom omvårdnad förutsätter att sjuksköterskan har tid och resurser. Vidare fortsätter Svensk sjuksköterskeförening med hur väsentligt det är att ha tid till att reflektera som sjuksköterska över sin roll med patienter som innefattar etiska dilemman. Således kan

detta bidra till att sjuksköterskan utvecklar sin förmåga att möta patientens synsätt. Om sjuksköterskan skulle kunna bemöta patientens dödsönskan kan detta leda till en förståelse gällandes varför viljan existerar. Emellertid behövs tid och resurser för att sjuksköterskan ska kunna avsätta tid gällandes att samtala med patienter och inte enbart tänka på det övriga omvårdnadsarbetet som ska göras på arbetsplatsen. Det framkom att det svåra samtalet med patienten som hade en dödsönskan var etiskt och moraliskt påfrestande. Ett gynnsamt förbättringsarbete i form av etisk reflektion för sjuksköterskan skulle kunna leda till att sjuksköterskan kan handskas med upplevelser som är påfrestande och svåra. Det framgick aldrig i litteraturstudien hur sjuksköterskorna tillämpade copingstrategier för att handskas med dessa upplevelser. Sålunda kan detta leda till att sjuksköterskor lämnar yrket till följd av brist på etisk reflektion som hade kunnat fungera som någon form av copingstrategi. Existerar personalbrist och brist på andra resurser så finns det inte möjlighet för sjuksköterskan att avsätta tid för etisk reflektion men även inte tid för att samtala med patienten som önskar döden.

Behovet av etisk reflektion för sjuksköterskan kan behövas när hen arbetar i en ogynnsam arbetsmiljö. En ogynnsam arbetsmiljö kan innebära tidspress, etisk och moralisk stress och hög arbetsbelastning för sjuksköterskan. Resultatet i litteraturstudien påvisade emellertid att sjuksköterskans möte med patienten som hade en dödsönskan var påfrestande för sjuksköterskan, vilket ledde till en påfrestande patientrelation. Den påfrestande patientrelationen grundade sig i att sjuksköterskan inte visste hur hen skulle hantera mötet med patienten. Enligt Arbetsmiljöverket (2013) leder bland annat stress avseende brist på tid och påfrestande patientrelationer till att personer som jobbar inom vården drabbas av ohälsa och sjukskrivningar. Enligt Statiska centralbyrån (2017) redovisade 55 procent av de som redan lämnat sjuksköterskeyrket att de lämnade på grund av arbetsmiljön där anledningarna kunde bland annat vara stress avseende brist på tid. Enligt Socialstyrelsen (2019) redovisar 20 av 21 landsting i Sverige att det råder brist på grundutbildade sjuksköterskor. Vidare skriver Socialstyrelsen att upp till 80 procent av arbetsgivarna påpekar att det finns en brist på grundutbildade sjuksköterskor, både nyexaminerade men även yrkeserfarna. En reflektion som har uppstått är att på lång sikt

kan det leda till att fler sjuksköterskor lämnar yrket, detta har en direkt påverkan på sjukvården i samhället då det blir ännu större brist på sjuksköterskor. Socialstyrelsen (2018) har utfört en analys avseende brister i bemanning samt kompetens och hur det påverkar patientsäkerheten. Det finns en korrelation gällandes brist på personal såsom sjuksköterskor och läkare samt kompetens gällandes försämrad patientsäkerhet. Hög arbetsbelastning bidrar till att den redan existerande bristen på sjuksköterskor förstärks ytterligare med sjukskrivningar och låg bemanning. Konsekvenserna av att det råder sjuksköterskebrist eller ökningen av sjuksköterskebrist leder till ett samhällsproblem avseende att det påverkar patientsäkerheten genom att det saknas kompetenta sjuksköterskor som arbetar.

### Lindra lidande

Patientens vilja för döden dras oftast tillbaka när sjuksköterskan ger god omvårdnad och visar att sjuksköterskan kan för det mesta lindra patienters lidande. Ett centralt fynd visade att när sjuksköterskan inte kunde lindra patienternas lidande, upplevde sjuksköterskan sig hjälplös, misslyckad men upplevde även att de underordnade sig patienten. I sin tur kan detta fynd kopplas till Erikssons (2015) teori om lidande, där hon förklarar att allt onödigt lidande patienten upplever ska lindras. Vidare skriver Eriksson att svårigheter kan förekomma hos sjuksköterskor när de ska möta patienter i livets slutskede som efterfrågar en vilja för döden. Litteraturstudien visade att sjuksköterskorna alltid ville göra något för patienterna för att lindra deras lidande. Eriksson belyser på åtgärder sjuksköterskan kan utföra för att lindra patientens lidande, där bland annat uppfylla önskningar är en åtgärd. Johansson och Lindahl (2011) poängterar att sjuksköterskan bör uppfylla patientens behov och önskningar för att få en bra kvalitet på omvårdnaden. Problematiken grundar sig därmed när patienten önskar att dö, vilket sjuksköterskan inte kan uppfylla av diverse olika anledningar.

Enligt Sandman och Kjellström (2018) syftar konsekvensetiken till enbart vad konsekvenserna blir avseende ens handlande eller det förhållningssättet som tillämpas. I

etiska diskussioner fokuserar konsekvensetiken på det som ger upphov till bästa möjliga konsekvenser utifrån ens handlingar. Ett annat alternativ är de konsekvenserna som är positiva för en hel grupp eller av de som berörs av handlingarna (Sandman & Kjellström, 2018). Utifrån det som beskrivs av konsekvensetiken skulle sjuksköterskan inte handla korrekt om hen inte kan föra ett samtal med patienten som har en dödsönskan. Patientens integritet kan kränkas ifall sjuksköterskan inte kan föra ett svårt samtal avseende patientens dödsönskan. Resultatet från litteraturstudien visade att sjuksköterskors osäkerhet kunde vara en konsekvens i samtalet med patienten relaterat till att sjuksköterskorna kunde säga något som skulle kunna oavsiktligt skada patienten. Exempelvis uppstår negativa konsekvenser genom att sjuksköterskan säger något som kan uppfattas som kränkande av patienten. Sandman och Kjellström förklarar att integritet kan betecknas som respekt för personens personliga sfär och rätten till att bli respekterad som egen individ. Om sjuksköterskan inte kan föra ett samtal med patienten om dennes dödsönskan på ett adekvat sätt så går det emot sjuksköterskans profession enligt Svensk sjuksköteförening (2017) som bland annat lyfter vikten av att värna om patientens integritet. Konsekvenserna av sjuksköterskans handlande får negativ följd utifrån att hen kränker även patientens autonomi. Patienten kan uppfatta sjuksköterskans försök att samtala om hens dödsönskan som kränkande eftersom patienten kan tro att sjuksköterskan vill ändra på hens dödsönskan. Automin kan på så sätt kränkas om sjuksköterskan inte vet hur hen ska föra ett samtal med patienten som uttrycker en vilja för döden.

Birkler (2007) skriver att enligt filosofen Immanuel Kant så ska människan betraktas som en autonom och fri individ, kapabel till att välja mellan olika handlingsalternativ. Grundtanken i pliktetiken som Kant formulerat är att människan alltid är ett mål i sig och får aldrig användas som ett medel. I sin tur kan detta kopplas till det Eriksson (2015) belyser; att vårdpersonal inte ska kränka patientens värdighet och inte heller missbruka makt utan bistå med rätt vård som patienten behöver. Vidare belyser Birkler att det inte alltid är självklart när människan är mål eller medel, ett exempel Birkler nämner är när den döende patienten med obotlig sjukdom efterfrågar dödshjälp. Om patienten lider och

uttrycker en vilja för döden kan sjuksköterskan handla utifrån en god vilja och lindra patientens lidande genom att avsluta patientens liv. Samtidigt som sjuksköterskan är medveten om att det är patientens önskemål, anser Kants pliktetik att sjuksköterskan handlar moraliskt rätt. Utifrån lagar och författningar får inte personer som arbetar inom hälso och sjukvården inklusive sjuksköterskan utföra handlingar som leder till patientens död, trots att patienten efterfrågar döden (Socialstyrelsen, 2011).

Även ICN:s etiska kod för sjuksköterskor motsäger dödshjälp utifrån de fyra ansvarsområden som sjuksköterskan ska arbeta utifrån, vilket är främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Autonomi tas inte till hänsyn utifrån patientens vilja för döden, detta beror på att sjuksköterskan måste följa lagar och även riktlinjer som således motsäger handlingar som leder till patientens död. Autonomi innebär att människor ska ha möjligheten och förmågan till självbestämmande över deras egna liv (Sandman & Kjellström, 2018). I hälso- och sjukvårdslagslagen (SFS 2017:30, 5 kap., § 1) betonas patientens autonomi genom att vården ska grunda sig på att visa respekt för patientens integritet och autonomi. Det etiska dilemmat uppstår utifrån att patientens lidande enbart kan lindras med hjälp av döden, men att sjuksköterskan inte kan fullfölja detta enligt existerande lagar och riktlinjer. Samtidigt leder detta till att sjuksköterskan måste ta hänsyn till etiska aspekter såsom autonomi, men att detta krockar utifrån sjuksköterskans profession och de förhållningssättet som sjuksköterskan ska följa. Sjuksköterskorna i litteraturstudien fortsatte dock att respektera patientens vilja för döden även om de inte kunde uppfylla viljan. Sjuksköterskorna fortsatte ge god palliativ vård till patienten som i sin tur hade en viss lindrande effekt på patientens lidande.

Sjuksköterskorna i litteraturstudien upplevde osäkerhet vid mötet med patienterna som önskar döden, och belyser hur viktig frågan om dödshjälp inom palliativ vård är. Således har sjuksköterskor en betydande och central roll i palliativ vård (Sekse et al., 2018). När förekomst av lidande existerar är det vid sådana tillfällen dödshjälp aktualiseras skriver Eriksson (2015). Rasmussen och Öhlén (2018) belyser att det är viktigt att förhålla sig

kring frågan om det ska vara tillåtet med dödshjälp. Vidare säger Rasmussen och Öhlén att sjuksköterskor liksom annan vårdpersonal kan få förfrågningar eller bli anförtrodda med tankar om dödshjälp från patienter i livets slutskede, även om det inte är lagligt att utföra dödshjälp. Litteraturstudien visade att sjuksköterskorna blev anförtrodda och att det var därför patienterna uttryckte sin vilja för döden till sjuksköterskorna.

Rasmussen och Öhlén (2018) poängterar att i och med att sjuksköterskor blir anförtrodda med denna typ av vilja för döden skriver sjuksköterskornas etiska råd att sjuksköterskan bör inkluderas i debatten om dödshjälp. Sjuksköterskornas etiska råd från Danmark, Norge och Sverige tog år 2009 avstånd från dödshjälp. Det existerar samhälls röster som både förespråkar för legalisation för dödshjälp, men även personer som är emot legalisationen för dödshjälp. Rasmussen och Öhlén skriver att personer som förespråkar dödshjälp lyfter betydelsen av integritet och autonomi och personer som är emot har lyft fram argument som grundas i en blandning av värderingar och empiriska resultat. Enligt Berghs et al., (2005) litteraturstudie var sjuksköterskornas argument för dödshjälp avseende autonomi och livskvalitet som argument för deras ställningstagande. Däremot hävdar sjuksköterskorna att etiska principer är för teoretiska och blir därmed inte riktlinjer för den svåra och komplicerade situationen som varje sjuksköterska ställs inför. Verpoort et al., (2004) skriver att sjuksköterskor som argumenterade emot dödshjälp menar att respekt, tillit till palliativ vård och att vårda livet var ett ställningstagande. Sjuksköterskorna menade att dödshjälp enbart skulle vara acceptabelt om patienten inte längre ansåg att den palliativa vården hade någon verkan. Vidare belyser Rasmussen och Öhlén att debatten om dödshjälp inte grundar sig på evidensbaserad kunskap utan istället religiösa värden och moraliska hållningar. Således gör det att sjuksköterskan bör vara delaktig i denna debatt, då sjuksköterskor många gånger ställs inför dessa dödsönskningar från svårt sjuka och döende patienter. Även om sjuksköterskan inte kan uppfylla dödsönskan som patienten uttrycker av olika anledningar, så kunde lidandet lindras genom att sjuksköterskorna gav god palliativ vård. Det blir därmed av vikt för sjuksköterskan att finna en acceptans på olika plan gällandes vad sjuksköterskan kan göra för patienten.

## Slutsats

Det svåra samtalet mellan patient som efterfrågar döden och sjuksköterskan är väldigt komplex. Problematiken grundar sig först och främst hur en sjuksköterska ska möta denna efterfrågan eftersom det råder kunskapsbrist inom detta område. Upplevelsen av det svåra samtalet som helhet bidrar till att sjuksköterskan upplever olika påfrestande upplevelser. Tidsbrist är en faktor till att det saknas utrymme att få utlopp av sjuksköterskans tankar och känslor genom etisk reflektion. Många sjuksköterskor upplever etisk och moralisk stress då det inte är självklart hur sjuksköterskan ska möta patientens vilja för döden. Ett tyst tillvägagångssätt av sjuksköterskan vid detta svåra samtal är säkrast för både sjuksköterskan och för patienten, dels för att det skapar en öppen atmosfär och dels för att sjuksköterskan inte behöver känna en press för att säga något. Trots detta är det viktigt för sjuksköterskan att tänka på vad som ska sägas, dels för att samtalet är svårt och känsloladdat och dels för att inte kränka patientens integritet och autonomi.

Dödshjälp kan komma på tal när patienten uttrycker en vilja för döden då det skulle kunna betraktas som ett sätt att lindra lidandet. Samhällsdebatten om dödshjälp i Sverige är fortfarande pågående och kan av vissa betraktas som ett alternativ till att lindra lidande. Således visar litteraturstudien att många frågor som berör patientens dödsönskan inte blir besvarade. Det ligger därmed ett stort behov att framställa ytterligare djupare forskning om ämnet såsom; hur patientens dödsönskan behandlas i en svensk kontext, hur svenska sjuksköterskor ställer sig till frågan om dödshjälp, hur lidandet ska lindras och ifall det alltid är möjligt. I Sverige krävs mer forskning om hur sjuksköterskan ska bemöta patientens vilja för att dö. Emellertid behöver inte samtalet mellan patienten som har en dödsönskan och sjuksköterskan utspela sig i livets slutskede utan kan utspela sig i flera olika vårdssammanhang. Således kan litteraturstudien leda till att flera sjuksköterskor kan ta del av denna kunskap och inte enbart sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård. Även om det hade funnits riktlinjer och vägledningar om hur denna förfrågan för döden ska mötas så är den ändå komplex. I slutändan är detta en etisk fråga som ställer sjuksköterskan i en komplex och etiskt påfrestande situation.

## Referenser

Referenser med en (\*) avser artiklar som ingått i denna litteraturstudies resultat.

Arbetsmiljöverket. (2013). *Stress och tung arbetsbelastning inom vården skapar ohälsa*.  
<https://www.av.se/press/stress-och-tung-arbetsbelastning-inom-varden-skapar-ohalsa/>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2016). *Principles of biomedical ethics* (7 uppl). Oxford University Press.

\* Bellens, M., Debien, E., Claessens, F., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2020). "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 492-502. doi: [10.1111/jocn.15110](https://doi.org/10.1111/jocn.15110)

Berghs, M., De Casterle, B. D., & Gastmans, C. (2005). The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 31(8), 441-446. doi: [10.1136/jme.2004.009092](https://doi.org/10.1136/jme.2004.009092)

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Liber.

Birkler, J. (2012). *Vetenskapsteori – en grundbok*. (2 uppl.). Liber.

Blomqvist, K., Orrung Wallin, A. Beck, I (2016). *HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Brottsbalk (SFS 1962:700). Justitiedepartementet L5.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700\\_sfs-1962-700](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700)

\* Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 636-644. doi: [10.1016/j.ejon.2014.06.001](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001)



Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P., & Broeckaert, B. (2008). Palliative sedation: a review of the research literature. *Journal of pain and symptom management*, 36(3), 310-333. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004)

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Natur & Kultur.

\* Denier, Y., De Casterlé, B. D., De Bal, N., & Gastmans, C. (2010). "It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(1), 41-48. doi: [10.1007/s11019-009-9203-1](https://doi.org/10.1007/s11019-009-9203-1)

\* Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., & Dierckx de Casterlé, B. (2010). Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), 3372-3380. doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x)

\* Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, N., & Gastmans, C. (2010). Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2410-2420. doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x)

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. (2 uppl.). Liber.

Ewin, R.E. (2002). *Reasons and the fear of death*. Rowman & Littlefield.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4 uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I Febe Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3 uppl., s. 141-151). Studentlitteratur.

Garrard, E., & Wilkinson, S. (2005). Passive euthanasia. *Journal of medical ethics*, 31(2), 64-68. doi: [10.1136/jme.2003.005777](https://doi.org/10.1136/jme.2003.005777)

Guy, M., & Stern, T. A. (2006). The desire for death in the setting of terminal illness: A case discussion. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 8(5), 299. doi: [10.4088/pcc.v08n0507](https://doi.org/10.4088/pcc.v08n0507)

Henricson, M. (2017). Diskussion. I Maria Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 411-420). Studentlitteratur.

Holst, M., Sparrman, S. & Berglund, A-L. (2003). Det dialogiska förhållandet: Möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar. *Nordic Journal of Nursing Research*, 23(2), 46-49. doi: [10.1177/010740830302300211](https://doi.org/10.1177/010740830302300211)

Hudson, P. L., Kristjanson, L. J., Ashby, M., Kelly, B., Schofield, P., Hudson, R., ... & Street, A. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliative Medicine*, 20(7), 693-701. doi: [10.1177/0269216306071799](https://doi.org/10.1177/0269216306071799)

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Johansson K. & Lindahl B. (2011) Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 21(13-14), 2034-2043. doi: [10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x)

Kallenberg, K., Hyllengren, P., Larsson, G. & Nilsson, S. (2016). *Moralisk stress och ledarskap*. Studentlitteratur.

Karlsson, E. -K. (2017). Informationssökning. I Maria Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 81-97). Studentlitteratur.

Karlsson, M., Kasén, A. & Wärnå-Furu, C. (2016). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative and Supportive Care*, 15(2), 158-167. doi: [10.1017/S1478951516000468](https://doi.org/10.1017/S1478951516000468)

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Läkemedelsverket (2010). Smärtlindring i livets slutskede: Information från Läkemedelsverket. <https://www.lakemedelsverket.se/48ff45/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-smartlindring-i-livets-slutskede.pdf>

Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A. M. B., Müller-Busch, H. C., Porta i Sales, J. & Rapin, C. H. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 17(2), 97-101. doi: [10.1191/0269216303pm673oa](https://doi.org/10.1191/0269216303pm673oa)

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Socialdepartementet.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Pedersen, C., & Tariman, J. D. (2018). Beliefs and Attitudes of American Nurses on Physician Assisted Suicide: An Integrative. *JNPARR*, 8(1), 24-38. doi: [10.13178/jnparr.2018.0801.0805](https://doi.org/10.13178/jnparr.2018.0801.0805)

\* Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M., & Burgess, M. (2020). Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of clinical nursing*, 29(19-20), 3870-3881. doi: [10.1111/jocn.15427](https://doi.org/10.1111/jocn.15427)

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 uppl.). Wolters Kluwer Health.

Rasmussen, B. & Öhlén, J. (2018). *Livshjälp och dödshjälp - ett diskussionsunderlag* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening.  
<https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314ab/1584004820498/livshjalp%20och%20dodshjalp%20ett%20diskussionsunderlag.pdf>

Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to die in older people. *Crisis*, 32(4), 194-203. doi: [10.1027/0227-5910/a000079](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000079)

\* Saladin, N., Schnepf, W., & Fringer, A. (2018). Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a long-term care institution: an embedded single case study. *BMC nursing*, 17(1), 1-14. doi: [10.1186/s12912-018-0309-8](https://doi.org/10.1186/s12912-018-0309-8)

Sandgren, A. (2017). Grounded theory. I Maria Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 355-373). Studentlitteratur.

Sandman, L., & Kjellström, L. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken* (2 uppl.). Studentlitteratur AB.

Schuster, M. (2006). *Profession och existens: en hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. [Doktorsavhandling, Stockholms universitet].

\* Schwarz, J. K. (2003). Understanding and responding to patients' requests for assistance in dying. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(4), 377-384. doi: [10.1111/j.1547-5069.2003.00377.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00377.x)

\* Schwarz, J. K. (2004). Responding to persistent requests for assistance in dying: a phenomenological inquiry. *International journal of palliative nursing*, 10(5), 225-235. doi: [10.12968/ijpn.2004.10.5.13071](https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.5.13071)

Sekse, R. J. T., Hunskaar, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 21-38. doi: [10.1111/jocn.13912](https://doi.org/10.1111/jocn.13912)

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. doi: [10.3233/EFI-2004-22201](https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201)

Socialstyrelsen (2011). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling* (2011-6-39). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2011-6-39.pdf>

Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* (Artikelnummer 2013-6-4). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* (Artikelnummer 2018-2-15). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Palliativ vård - förtydligande och konkretisering av begrepp* (Artikelnummer 2018-8-6). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen (2019). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård* (Artikelnummer 2019-2-14). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-14.pdf>

Statens medicinsk-etisk råd (2017). *Dödshjälp - En kunskapssammanställning* (2017:2). <https://smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-Dödshjälp-En-kunskapssammanställning.pdf>

Statistiska centralbyrån (2017). *Sjuksköterskor utanför yrket* (2017:3). [https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549\\_2016a\\_01\\_br\\_a40br1703.pdf](https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a_01_br_a40br1703.pdf)

Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B. M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of clinical nursing*, 11(1), 48-57. doi: [10.1046/j.1365-2702.2002.00569.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00569.x)

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd9ad/1584346978390/strategi%20för%20kvalitetsutveckling%20inom%20omvårdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *Etiska reflektioner behöver ske regelbundet*. [Broschyr]. <https://www.swenurse.se/nyheter/etiska-radet/2020-03-11-etiska-reflektioner-behoover-ske-regelbundet>

Tamayo-Velázquez, M. I., Simón-Lorda, P., & Cruz-Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics*, 19(5), 677-691. doi: [10.1177/0969733011436203](https://doi.org/10.1177/0969733011436203)

Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, 16(5), 1-14. doi: [10.1186/s12912-016-0200-4](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4)

Valverius, E., Nilstun, T., & Nilsson, B. (2000). Palliative care, assisted suicide and euthanasia: nationwide questionnaire to Swedish physicians. *Palliative medicine*, 14(2), 141-148. doi: [10.1191/026921600667894103](https://doi.org/10.1191/026921600667894103)

Verpoort, C., Gastmans, C., & Casterle, B. D. D. (2004). Palliative care nurses' views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 592-600. doi: [10.1111/j.1365-2648.2004.03148.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03148.x)

Weidema, F. C., Molewijk, A. C., Kamsteeg, F., & Widdershoven, G. A. (2015, 01). Managers' views on and experiences with moral case deliberation in nursing teams. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1067-1075. doi:[10.1111/jonm.12253](https://doi.org/10.1111/jonm.12253)

World Health Organization. (u.å.). *Palliative Care*. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

\* Wright, D. K., Chirchikova, M., Daniel, V., Bitzas, V., Elmore, J., & Fortin, M. L. (2017). Engaging with patients who desire death: interpretation, presence, and constraint. *Canadian OnCOlogy nursing Journal*, 27(1), 56-64. doi: [10.5737/236880762715664](https://doi.org/10.5737/236880762715664)

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I Febe Friberg (Red.) *Dags för uppsats* (3 uppl., s. 59-82). Studentlitteratur.

## Sökschema

| <b>Databas: Cinahl Complete</b><br><b>Datum: 09/11/2020</b>   |   |                      |                       |
|---|---|----------------------|-----------------------|
| <b>Syfte:</b> Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja att dö. |   |                      |                       |
| <b>Sökning nr och namn</b>  | <b>Sökord</b>   | <b>Antal träffar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
| S1 - Upplevelse   | Euthanasia [MH] OR<br>Suicide, assisted [MH] OR<br>Euthanasia* [fritext] OR<br>"Right to die" [fritext]                                     | 12,295               |                       |
| S2 - Vilja att dö   | Attitude [MH] OR<br>Attitude to death [MH] OR<br>Nurses Attitudes MH] OR<br>"Qualitative stud*" [fritext] OR<br>"Dignified death" [fritext] | 176,154              |                       |
| S3 - Sjuksköterska  | Nurs* [fritext] NOT<br>"Nursing stud*" [fritext] OR<br>"Registered nurs*" [fritext]   | 919,141              |                       |
| S4  | S1 AND S2 AND S3  | 617                  |                       |
| <b>Begränsningar</b>  | Sökning nr 4 + Engelskspråkig; Peer-reviewed;<br>Forskningsartikel; Publicerad 2010-2020  | 143                  | 6                     |

## Sökschema

| <b>Databas: PubMed</b><br><b>Datum: 10/11/2020</b>  |   |                      |                       |
|---|---|----------------------|-----------------------|
| <b>Syfte:</b> Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja att dö. |   |                      |                       |
| <b>Sökning nr och namn</b>  | <b>Sökord</b>   | <b>Antal träffar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
| S1 - Upplevelse   | Attitude [MeSH] OR<br>Attitude of health personnel [MeSH] OR<br>Encounter [Title/Abstract] OR<br>Perception [Title/Abstract] OR<br>Life experience [MeSH] OR<br>Engaging [Title/Abstract] OR<br>Qualitative studies [Title/Abstract]  | 1,029,996            |                       |
| S2 - Vilja att dö   | Suicide, Assisted [MeSH] OR<br>Euthanasia [MeSH] OR<br>Volition [MeSH] OR<br>To die [Title/Abstract] OR<br>Dignified death [Title/Abstract] OR<br>Hasten death [Title/Abstract] OR<br>Request death [Title/Abstract] OR<br>Desirabilites [Title/Abstract] OR<br>Desirability [Title/Abstract] OR<br>Desire [Title/Abstract] OR<br>Desires [Title/Abstract] OR<br>Desiring [Title/Abstract] OR<br>Desirous [Title/Abstract] OR<br>Death [Title/Abstract] OR<br>Will [Title/Abstract] | 20,473               |                       |



|                      |   |         |   |
|----------------------|---|---------|---|
| S3 - Sjuksköterska   | Nurse [Title/Abstract] NOT<br>Nursing students [Title/Abstract] OR<br>Registered nurse [Title/Abstract] OR<br>Oncology nurse [Title/Abstract] | 182,461 |   |
| S4                   | S1 AND S2 AND S3  | 421     |   |
| <b>Begränsningar</b> | Sökning nr 4 + Engelskspråkig;<br>Forskningsartikel; Publicerad; 2010-2020  | 121     | 1 |

## Sökschema

| <b>Databas: PsychINFO</b><br><b>Datum: 04/11/2020</b>   |  |               |                |
|---|--|---------------|----------------|
| <b>Syfte:</b> Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter i livets slutskede som uttrycker en vilja att dö. |  |               |                |
| Sökning nr och namn   | Sökord   | Antal träffar | Valda artiklar |
| S1 - Upplevelser  | "Death attitude" [MH] OR<br>"Health Personnel Attitudes" [MH] OR<br>Experienc* OR<br>Encount* OR Perception* OR<br>"Qualitative studies" OR<br>Qualiative* OR<br>Engag* OR<br>Communcat*   | 1,686,560     |                |
| S2 - Vilja att dö   | Assisted Suicide [MH] OR<br>Euthanasia* OR<br>"Hasten death" OR<br>Euthanasia [MH] OR<br>"Active Euthanasia" OR<br>"Request death" OR<br>"Dignified dying" OR<br>"Desire death" OR<br>"Willing to die" OR<br>"A willingness to die OR<br>"Requests for euthanasia" | 2,564         |                |
| S3 - Sjuksköterska  | Nurses [MH] NOT "Nursing students" OR<br>"Registered nurse"  | 27,665        |                |

|                      |  |     |   |
|----------------------|--|-----|---|
| S4                   | S1 AND S2 AND S3   | 102 |   |
| <b>Begränsningar</b> | Sökning nr 4 + Engelskspråkig; Forskningsartikel;<br>Peer-reviewed; Publicerad 2010-2020 | 30  | 1 |

## Artikelöversikt

| Författare<br>Titel<br>Land, År   | Syfte   | Urval<br>Datainsamlings-<br>metod   | Genomförande<br>Analys   | Resultat   | Kvalitet  |
|---|---|---|--|--|---|
| Bellens, M., Debieen, E.,<br>Claessens, F., Gastmans, C., &<br>Dierckx de Casterlé, B.<br><br>"It is still intense and not<br>unambiguous." Nurses'<br>experiences in the euthanasia<br>care process 15 years after<br>legalisation.<br><br>Belgien, 2020 | Att utforska hur<br>flamländska<br>sjuksköterskor<br>som arbetar på<br>sjukhus och<br>hemsjukvård<br>upplever sitt<br>engagemang i<br>vården av<br>patienter som<br>begär eutanasi 15<br>år efter<br>legalisering av<br>eutanasi. | Ändamålsenligt urval,<br>upphöjt med ett<br>snöbollsurval. 26<br>sjuksköterskor<br>Inkl. Erfarenhet av<br>efterfrågan av eutanasi, tala<br>nederländska, yrkesexamen,<br>vara anställd på sjukhus eller<br>hemsjukvård i Flander. Exkl.<br>Inte vara delaktig i<br>eutanasi processen eller<br>sjuksköterskestudenter.<br><br>Enskilda semistrukturerade<br>intervjuer. | Enskilda inspelade intervjuer. Tre<br>forskare intervjuade, intervjuerna<br>hölls på sjukhusen deltagarna<br>arbetade på eller i deras hem.<br>Intervjuerna varade i ca. 80 min.<br>Intervjuguiden var baserad på<br>tidigare studier med öppna frågor.<br>Analys: Kvalitativ analys med<br>guide. | Sjuksköterskorna upplevde att<br>eutanasi processen var intensiv<br>och inte entydigt.<br>Sjuksköterskorna upplevde att<br>den bästa möjliga vården<br>behövdes ges i eutanasi<br>processen. Om inte<br>sjuksköterskorna kunde bidra<br>med mycket i eutanasi process,<br>uppstod negativa känslor samt<br>veksamhet om deras involvering. | <b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då<br>studien svarar på syftet.<br>Stärks även av att citat<br>finns. <b>Verifierbarhet:</b><br>Sänks då intervjufrågorna<br>är ej presenterade. Stärks<br>av tydlig analys.<br><b>Pålitlighet:</b> Sänks för att<br>förståelse inte är<br>presenterad. Sänks för att<br>en oberoende forskare inte<br>analyserat datan.<br><b>Överförbarhet:</b> Resultatet<br>kan tillämpas i kontexter<br>som faller inom studiens<br>inklusionskriterier.   |
| Browall, M., Henoch, I., Melin-<br>Johansson, C., Strang, S., &<br>Danielson, E.<br><br>Existential encounters: Nurses'<br>descriptions of critical incidents<br>in end-of-life cancer care.<br><br>Sverige, 2014   | Syftet var att<br>beskriva<br>sjuksköterskors<br>upplevelser av<br>existentiella<br>situationer vid<br>vård av patienter<br>som drabbats hårt<br>av cancer.   | Randomiserat kontrollerat<br>urval. 83 sjuksköterskor. 42<br>från hospice, 22 från<br>onkologi, 12 från<br>kirurgkliniken och 7 var från<br>palliativ hemsjukvård. Alla<br>sjuksköterskorna var kvinnor.<br>Sjuksköterskornas erfarenhet<br>inom palliativ vård var ca. 1,8<br>år och medianen var 16 år.<br><br>Nedskrivna erfarenheter.                               | Deltagarna skulle skriva ner ett<br>kritiskt exempel på när ett<br>existentiellt bekymmer vid livets<br>slutskede uppkom.<br>Genomförandet skedde mellan<br>2010–2012.<br>Analys: Kvalitativ<br>innehållsanalys. Diskussion hölls<br>sedan efter 2 veckor.   | Två huvudteman identifierades:<br>Första huvudtemat berörde möten<br>med existentiella<br>smärtupplevelser, där subtemat<br>var mötet inför döden och mötet<br>inför förluster. Det andra<br>huvudtemat var att möta<br>upplevelser av hopp, där<br>subtemat handlade om att<br>balansera ärlighet och önskan att<br>få leva.              | <b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då<br>studien svarar på syftet.<br>Stärks för att citat<br>förekommer.<br><b>Verifierbarhet:</b> Sänks då<br>frågorna som deltagarna<br>skulle besvara ej<br>presenterades. Stärks av en<br>tydlig analys. <b>Pålitlighet:</b><br>Sänks för att förståelsen<br>inte är presenterad. Stärks<br>av att flera analyserade<br>datan. <b>Överförbarhet:</b><br>Stärks då hög<br>abstraktionsnivå finns.<br>Resultatet kan tillämpas i<br>kontexter som faller inom<br>studiens inklusionskriterie. |

| Författare<br>Titel<br>Land, År  | Syfte   | Urval<br>Datainsamlings-<br>metod   | Genomförande<br>Analys  | Resultat  | Kvalitet   |
|--|---|---|---|---|--|
| Denier, Y., De Casterlé, B. D., De Bal, N., & Gastmans, C.<br><br>“It’s intense, you know.”<br>Nurses’ experiences in caring for patients requesting euthanasia<br><br>Belgien, 2010 | Syftet var att utforska sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter som efterfrågar dödshjälp.  | Ändamålsenligt urval. 18 sjuksköterskor verksamma på olika sjukhus. 13 var kvinnor och fem var män. Åldersspannet var mellan 26–54 år. 13 hade en sjuksköterskeexamen. Inkl. Talar nederländska, arbetar inom äldreomsorg, onkologi, internmedicin eller palliativ vårdavdelning. Erfarenhet av eutanisiförfrågningar av patienter samt vill prata om deras erfarenheter<br><br>Intervjuer. | Enskilda inspelade intervjuer som varade ca. 1,5 h, Intervjuerna skedde mellan mars 2005 och november 2006. Sjuksköterskorna skulle tänka tillbaka på ett specifikt patientfall när patienten efterfrågade eutanasi.<br><br>Grundad teori analys. | Intensiva känslor ledde till ambivalens kring den död sjuksköterskorna beskrev som både god och abnorm. Separation av professionell och privat roll var viktig. Känslor som kom efter eutanasin, blev lättare med tiden. Relationen till patient och anhöriga skapade påfrestningar för sjuksköterskan. Att avsätta tid för samtal med patient och anhöriga gav positiva upplevelser. | <b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då studien svarar på syftet. Stärks även av att citat finns. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då intervjufrågorna ej presenteras. Sänks då analysen inte är tydligt beskriven. <b>Pålitlighet:</b> Sänks för att förståelse inte är presenterad. Stärks då mer än en person har deltagit i analysprocessen. <b>Överförbarhet:</b> Resultatet kan tillämpas i kontexter som faller inom studiens inklusionskriterier. |
| Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., & Dierckx de Casterlé, B.<br><br>Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study.<br><br>Belgien, 2010   | Syftet var att beskriva kommunikationen under dödshjälpsprocessen för mentalt kompetenta, dödligt sjuka patienter på allmänna sjukhus i Flandern, sett från sjuksköterskans perspektiv. | Ändamålsenligt urval. 18 sjuksköterskor verksamma på olika sjukhus. 13 var kvinnor och fem var män. Åldersspannet var mellan 26–54 år. Inkl. Talar nederländska, arbetar inom äldreomsorg, onkologi, internmedicin eller palliativ vårdavdelning. Erfarenhet av eutanisiförfrågningar av patienter samt vill prata om deras erfarenheter.<br><br>Semi-strukturerade intervjuer.             | Enskilda inspelade intervjuer, skedde mellan mars 2005 och november 2006. Sjuksköterskorna skulle tänka tillbaka på när de vårdade en patient som efterfrågade eutanasi. Intervjuerna varade i ca 90 min.<br><br>Grundad teori analys             | Dödshjälpsprocessen är en komplex och dynamisk process. En betydande faktor i dödshjälpsprocessen är sjuksköterskans kommunikation. Sjuksköterskan behöver många gånger kommunicera med flera parter. Kommunikation var en viktig faktor för kvaliteten av vården vid eutanasi.   | <b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då studien svarar på syftet. Stärks även av att citat finns. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då intervjufrågorna ej presenteras. Stärks av tydlig analys. <b>Pålitlighet:</b> Sänks för att förståelse inte är presenterad. Stärks för att en oberoende forskare också analyserat datan. <b>Överförbarhet:</b> Resultatet kan tillämpas i kontexter som faller inom studiens inklusionskriterier.                   |

| Författare<br>Titel<br>Land, År  | Syfte  | Urval<br>Datainsamlings-<br>metod   | Genomförande<br>Analys   | Resultat   | Kvalitet  |
|--|--|---|--|--|---|
| <p>Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, Nm &amp; Gastmans, C.</p> <p>Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium.</p> <p>Belgien, 2010</p>   | <p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors medverkan i vårdprocessen för psykiskt kompetenta, terminalt sjuka patienter som begär eutanasi på allmänna sjukhus i Flandern, Belgien.</p> | <p>Ändamålsenligt urval. 18 sjuksköterskor verksamma på olika sjukhus. 13 var kvinnor samt fem män. 13 hade en sjuksköterskeexamen. Inkl. Talar nederländska, arbetar inom äldreomsorg, onkologi, internmedicin eller palliativ vårdavdelning. Erfarenhet av eutanasiförfrågningar av patienter samt vill prata om deras erfarenheter.</p> <p>Intervjuer.</p> | <p>Enskilda inspelade intervjuer med öppna frågor som intervjuguide. Sjuksköterskorna blev tillfrågade att tänka tillbaka på ett specifikt patientfall när patienten efterfrågade eutanasi.</p> <p>Grundad teori analys.</p>   | <p>Sjuksköterskor upplevde att frågan om dödshjälp sällan kom oväntat. Sjuksköterskan upplevde vara informatör och medlare mellan patient och anhöriga. Upplevelsen av dödshjälp berodde på sjuksköterskans involvering i beslutsprocessen. Det var viktigt att skilja på professionella och privata rollen. Detta kunde leda till en tillåtande attityd, att visa egna känslor.</p>                     | <p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då studien svarar på syftet. Stärks även av att citat finns.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänks då alla öppna intervjufrågor från intervjuguiden ej presenteras. Stärks av tydlig analys.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks för att förståelse inte är presenterad. Stärks för att en oberoende forskare också analyserat datan.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Resultatet kan tillämpas i kontexter som faller inom studiens inklusionskriterier.</p>   |
| <p>Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M., &amp; Burgess, M.</p> <p>Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD).</p> <p>Kanada, 2020</p> | <p>Syftet var att beskriva sjuksköterskors moraliska erfarenheter av medicinsk hjälp vid att dö i kanadensiskt sammanhang.</p>   | <p>Ändamålsenligt urval samt ett snöbollsurval. 59 sjuksköterskor. Inkl. Vara legitimerad sjuksköterska, samt innehav erfarenhet av läkarassisterat självmord eller valt att inte delta i denna process.</p> <p>Intervjuer.</p>   | <p>Intervjuer som gjordes på plats eller via telefon. Intervjuerna genomfördes utav ansvarig forskare samt forskningskoordinatör. En intervjuguide användes och intervjuerna varade i ca. 50 min. Intervjuerna blev digitalt inspelade, samt antecknade för hand.</p> <p>Grundad teori analys.</p> | <p>Sjuksköterskorna använde olika moraliska vägpunkter för att förstå patientens val, kontroll och viss nivå av försäkrans. Samt förstå att patientens val inte handlade om sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde anförtroende till att vara med patienten under hans lidande. Sjuksköterskorna upplevde bekymmer relaterat till livet efter döden, frid och tacksamhet från familj och patienten.</p> | <p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då studien svarar på syftet. Stärks även av att citat finns.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänks då intervjufrågorna är ej presenteras. Stärks för att genomförandet var beskrivet väl. Stärks av tydlig analys.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks för att förståelse inte är presenterad. Sänks för att ingen oberoende forskare har analyserat den insamlade datan. Stärks för att fler har deltagit i analysprocessen.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Stärks då hög abstraktionsnivå finns. Resultatet kan tillämpas i kontexter som faller inom studiens inklusionskriterier.</p> |

| Författare<br>Titel<br>Land, År   | Syfte  | Urval<br>Datainsamlings-<br>metod   | Genomförande<br>Analys   | Resultat  | Kvalitet   |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>Saladin, N., Schnepf, W., &amp; Fringer, A.</p> <p>Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a long-term care institution: an embedded single case study.</p> <p>Schweiz, 2018</p> | <p>Syftet var undersöka komplexiteten i VSED-fenomenet ur olika perspektiv.</p>                                      | <p>Bekvämlighetsurval. Inkl. Sjuksköterskorna skulle vara involverade i kvinnans vård för att delta i studien. Vilket resulterade till ett urval på: 8 sjuksköterskor, en avdelningssjuksköterska, en enhetschef (sjuksköterska), omvårdnads expert, samt en make och en son.</p> <p>Intervjuer i fokusgrupper.</p>             | <p>Intervjuerna skedde i form av att deltagarna berättade om deras upplevelse. Intervjuerna blev digitalt inspelade.</p> <p>Grundad teori analys.</p>  | <p>VSED är en okänd utmaning för sjuksköterskan. Sjuksköterskans personliga attityd påverkas av egna erfarenheter, förkunskaper, sin roll som sjuksköterska och tro. Samtidigt påverkas attityden av patientens ålder, sjukdom och avsiktliga intention av beslutet. Beroende av patientens intention av VSED som suicid eller en naturlig död, utvecklas en accepterande eller avfärdande attityd hos sjuksköterskan.</p>                      | <p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då studien svarar på syftet. Stärkt då citat finns. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då intervjufrågorna är ej presenteras. Sänks för att genomförandet inte är tydligt beskrivet. <b>Pålitlighet:</b> Sänks för att förståelse inte är presenterad. Sänks för att ingen oberoende forskare har analyserat den insamlade datan. Stärks för att fler har deltagit i analysprocessen. <b>Överförbarhet:</b> Sänks då studien har en låg abstraktionsnivå.</p> |
| <p>Schwarz, J. K</p> <p>Understanding and responding to patients' requests for assistance in dying</p> <p>USA, 2003</p>   | <p>Att undersöka hur sjuksköterskor upplever och svarar till patienters förfrågning ar om assistans till att dö.</p> | <p>Ändamålsenligt urval. 10 sjuksköterskor jobbade inom hospice, specialistvård inom AIDS, intensivvård och en enhet för ryggmärgsskadade. Två av sjuksköterskorna var män. Inkl: Deltagande måste ha vårdat beslutskompetenta patienter som vid upprepade tillfällen bett om hjälp att avsluta sina liv.</p> <p>Intervjuer</p> | <p>Intervjuerna i form av diskussion hölls hemma hos deltagarna. Varade ca 2h. Sjuksköterskorna skulle tänka tillbaka på när de vårdade en patient som efterfrågade dödshjälp.</p> <p>Tolkande fenomenologi enligt van Manen</p> | <p>Sjuksköterskor med lång vårdrelation var mer öppna för att höra patientens önskemål. Orsaker till förfrågan var ofta ångest, trötthet av utdragen döendeprocess eller kontrollbehov kring sin död. Om en patient dör till följd av smärtlindning, så uppfattas det som moraliskt rättfärdigt, då syftet inte var att döda. Genom en bättre palliativ vård omvärderade flera patienter sin situation och även sin önskan om hjälp att dö.</p> | <p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks av citat och att studien svarar på syftet. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då intervjuerna, genomförandet och analysen är väl beskriven. <b>Pålitlighet:</b> Sänks för att förståelsen inte är presenterad. Sänks för flera personer inte deltagit i analysprocessen. <b>Överförbarhet:</b> Hög abstraktionsnivå. Resultatet kan tillämpas i kontexter som faller inom studiens inklusionskriterier.</p>  |

| Författare<br>Titel<br>Land, År   | Syfte  | Urval<br>Datainsamlings-<br>metod   | Genomförande<br>Analys   | Resultat  | Kvalitet  |
|---|--|---|--|---|---|
| Schwarz, J. K.<br><br>Responding to persistent requests for assistance in dying: a phenomenological inquiry<br><br>USA, 2004  | Syftet var att beskriva amerikanska sjuksköterskors svar till ihärliga förfrågningar om hjälp att dö av beslutkapabla patienter. | Ändamålsenligt urval. 10 sjuksköterskor jobbade inom hospice, specialistvård inom AIDS, intensivvård och en enhet för ryggmärgsskadade. Två av sjuksköterskorna var män. Inkl: Deltagande måste ha vårdat beslutskompetenta patienter som vid upprepade tillfällen bett om hjälp att avsluta sina liv.<br><br>Intervjuer. | Intervjuerna som tog form i diskussion hölls oftast på plats hemma hos deltagarna. Varade ca 2 h. Sjuksköterskorna skulle tänka tillbaka på när de vårdade en patient som efterfrågade dödshjälp. En uppföljande diskussion hölls efter 2 veckor.<br><br>Tolkande fenomenologi enligt van Manen. | Sjuksköterskorna hade olika attityder om dödshjälp. Svårigheter att formulera sin moraliska gränsdragning fanns. Det uppstod inre konflikter med sig själv. Sjuksköterskor som var villiga att hjälpa patienter med dödshjälp agerade ofta i det tysta, utan samarbete från kollegor. Genom att distansera sig känslomässigt, blev det lättare att stå för sina handlingar. | <b>Tillförlitlighet:</b> Stärks av att studien svarar på syftet. Stärks också av citat.<br><b>Verifierbarhet:</b> Stärks då intervjuerna, genomförandet och analysen är väl beskriven och kan göras om. <b>Pålitlighet:</b> Sänks för att förståelsen inte är presenterad. Sänks för flera personer inte deltagit i analysprocessen.<br><b>Överförbarhet:</b> Hög abstraktionsnivå. Resultatet kan tillämpas i kontexter som faller inom studiens inklusionskriterier |
| Wright, D. K., Chirchikova, M., Daniel, V., Bitzas, V., Elmore, J., & Fortin, M. L.<br><br>Engaging with patients who desire death: interpretation, presence, and constraint.<br><br>Kanada, 2017 | Syftet var beskriva onkologisjuksköterskors erfarenheter av engagemang med patienter som önskar döden.                           | Ändamålsenligt urval. 6 palliativa sjuksköterskor och 5 onkologisjuksköterskor. Arbetslivserfarenhet varierade mellan 5–10 år. 8 av sjuksköterskorna hade universitetsexamen, och 4 hade en magisterexamen. Inkl. Arbetar inom palliativ vård, med eller utan expertis inom palliativ vård.<br><br>Upprepade intervjuer.  | Två författare intervjuade sjuksköterskorna, intervjuerna varade mellan 30–60 min. En till intervju skulle sedan genomföras längre fram i tiden där samma intervjufrågor skulle tillämpas.<br><br>Systematisk analys.  | Det var svårt att vårda palliativa patienter eller när avslutad livsuppehållande behandling, då inga konkreta behandlingar fanns att följa. Erfarna sjuksköterskor hade dock insett värdet i att enbart lyssna och finnas för patienten och anhöriga. När patienten uttryckte en dödsönskan, var det en känsla av misslyckande för sjuksköterskan.                          | <b>Tillförlitlighet:</b> Stärks syftet besvaras. Stärks av citat.<br><b>Verifierbarhet:</b> Sänks då intervjufrågorna och genomförandet av intervjuerna ej är tydlig. Stärks av tydlig analys. <b>Pålitlighet:</b> Sänks för förståelsen ej presenteras. Stärks av att två oberoende författare analyserade datan.<br><b>Överförbarhet:</b> Stärks av hög abstraktionsnivå. Resultatet kan tillämpas i kontexter som faller inom studiens inklusionskriterier.        |