

# En sista utväg

## Sjuksköterskors attityder till att använda palliativ sedering

|              |   |
|--------------|---|
| FÖRFATTARE   | Oscar Albrektsson<br>Josefina Malmquist   |
| PROGRAM/KURS | Sjuksköterskeprogrammet<br>180 högskolepoäng<br>OM5250 Examensarbete-Grundnivå<br>HT 2013 |
| OMFATTNING   | 15 högskolepoäng  |
| HANDLEDARE   | Ingela Heno   |
| EXAMINATOR   | Susann Strang   |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Titel (svensk):       | En sista utväg - sjuksköterskors attityder till att använda palliativ sedering |
| Titel (engelsk):      | One last resort - nurses' attitudes toward the use of palliative sedation      |
| Arbetets art:         | Självständigt arbete   |
| Program/kurs/kurskod: | Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, OM5250 Examensarbete - Grundnivå   |
| Arbetets omfattning:  | 15 Högskolepoäng   |
| Sidantal:             | 33 sidor   |
| Författare:           | Oscar Albrektsson<br>Josefina Malmquist  |
| Handledare:           | Ingela Hénoch  |
| Examinator:           | Susann Strang  |

### **SAMMANFATTNING (svenska)**

Oberoende av yrkesområde kan sjuksköterskor möta patienter i livets slutskede. Huvudmålet med den palliativa vården är att symtomlindra. I de fall då konventionell symtomlindring inte uppnår önskad effekt för patienten kan palliativ sedering bli en möjlig behandlingsform. Som teoretisk referensram används Patricia Benners teori ”från novis till expert” samt begreppet attityd. Syftet med litteraturöversikten är att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors attityder till att använda palliativ sedering som symtomlindring. Uppsatsen utgår ifrån vetenskapliga artiklar valda genom systematiska sökningar på databaserna: Cinahl, PubMed och Scopus. Artiklarna kvalitetsgranskades och analyserades. Resultaten visade på vikten av kommunikation och överensstämmelse inom teamet inför och vid behandling med palliativ sedering. Palliativ sedering innebar ett etiskt dilemma för sjuksköterskor, bland annat då det ställdes i relation till eutanasi. Sjuksköterskorna uppgav att de saknade djupare kunskap om palliativ sedering, dels om sederingen som behandlingsform och dels om dess påverkan på dödsförloppet. Sjuksköterskor uppgav även att de upplevde osäkerhet vid behandling med palliativ sedering vilket relaterades till att det inte fanns någon klar definition av begreppet. Vikten av att känna till och beakta patienters och närståendes önskningar återgavs av sjuksköterskor som en viktig faktor vid beslut av användandet av palliativ sedering som behandlingsform. Attityder påverkades av sjuksköterskans nivå av erfarenhet av palliativ sedering. I diskussionen analyseras resultatet utifrån den teoretiska referensramen. En utmaning för framtiden är att utveckla tydligare riktlinjer och terminologi rörande palliativ sedering, ge yrkesverksamma sjuksköterskor utrymme för ökad reflektion om behandlingsformen samt öka kunskapen om palliativ vård i sjuksköterskors grundutbildning.

Sökord: *nurses, attitudes, palliative, sedation, palliative sedation, end of life.*

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Inledning.....                                  | 1  |
| Bakgrund .....                                  | 1  |
| Palliativ vård .....                            | 1  |
| De fyra hörnstenarna inom palliativ vård .....  | 2  |
| Palliativ sedering .....                        | 2  |
| Hur sker palliativ sedering? .....              | 3  |
| Etiska ställningstaganden .....                 | 4  |
| Autonomi.....                                   | 4  |
| Göra gott och inte skada .....                  | 4  |
| Sjuksköterskan och palliativ vård .....         | 4  |
| Relationsskapande funktioner.....               | 4  |
| Stödjande funktioner.....                       | 5  |
| Kommunikativa funktioner.....                   | 5  |
| Koordinerande funktioner.....                   | 5  |
| Teoretisk referensram .....                     | 5  |
| Sjuksköterskans professionella utveckling ..... | 6  |
| Attityder .....                                 | 7  |
| Problemformulering.....                         | 7  |
| Syfte.....                                      | 8  |
| Metod.....                                      | 8  |
| Litteratursökning .....                         | 8  |
| Urval .....                                     | 9  |
| Inklusions-/exklusionskriterier .....           | 9  |
| Kvalitetsbedömning av artiklarna.....           | 9  |
| Analys .....                                    | 9  |
| Forskningsetiska överväganden .....             | 10 |
| Resultat.....                                   | 10 |
| Olika uppfattningar inom teamet.....            | 10 |
| Sjuksköterskans etiska resonemang.....          | 10 |
| Sjuksköterskans kunskap.....                    | 11 |
| Sjuksköterskans osäkerhet .....                 | 12 |
| Patientens önskningar .....                     | 12 |
| Sjuksköterskans erfarenhet.....                 | 13 |

|  |    |
|--|----|
| Diskussion.....                        | 13 |
| Metoddiskussion .....                  | 13 |
| Resultatdiskussion.....                | 15 |
| Olika uppfattningar inom teamet.....   | 15 |
| Sjuksköterskans etiska resonemang..... | 15 |
| Sjuksköterskans kunskap.....           | 16 |
| Sjuksköterskans osäkerhet .....        | 17 |
| Patientens önskningar .....            | 17 |
| Sjuksköterskans erfarenhet.....        | 17 |
| Implikationer för omvårdnad .....      | 18 |
| Referenslista.....                     | 19 |
| Bilagor.....                           | 23 |

## **Inledning**

Att som sjuksköterska vårda en människa i livets slutskede ställer stora krav. Sjuksköterskan skall lindra individens lidande av kroppsliga symtom, men även lindra lidande som står i relation till psykosociala och existentiella problem. Sederig av patienter i livets slutskede kan bli aktuellt då alla andra alternativt av symtomlindring misslyckats.

Tidigt under arbetet med kandidatuppsatsen blev vi bekanta med begreppet palliativ sederig. För oss var det en helt ny term som ingen av oss sedan tidigare stött på eller hade kunskap om. Det råder oenighet kring användandet av palliativ sederig både vad gäller terminologin men även om och hur behandlingen bör utföras. Som blivande sjuksköterskor insåg vi att behandlingsformen är något som vi eventuellt kan komma att ställas inför och vi vill därför ta reda på hur yrkesverksamma sjuksköterskor förhåller sig till palliativ sederig.

## **Bakgrund**

### **Palliativ vård**

Den palliativa vården har sitt ursprung i den moderna hospicerörelsen som växte fram under 1960-talet och kan sägas starta med öppnandet av St. Christophers' Hospice i England. Initiativtagaren var kuratorn, sjuksköterskan och sedermera läkaren, Cicely Saunders (1). Syftet var att, genom strävan efter optimal symtomidentifiering tillsammans med existentiellt stöd, förbättra den döendes livskvalitet (2). För sina insatser blev Saunders adlad (1).

Ordet palliativ kommer från det latinska ordet för mantel; pallium. Manteln, som symbolik, associeras med lindrande åtgärder. När bot för sjukdom inte längre finns är den palliativa vårdens syfte att sträva efter att, trots detta, skapa livskvalitet. Palliativ vård innebär inte enskilda insatser utan är en helhetsvård med grund i vårdfilosofi (2). Palliativ vård skall erbjudas alla människor som lever med obotlig sjukdom, skada eller annat livshotande tillstånd med kort förväntad tid kvar att leva (3). Cancer är odelat den vanligaste typen av sjukdom inom palliativ vård, dock bör alla diagnoser där patienten befinner sig i livets slutskede omfattas (4).

Palliativ vård definieras av WHO som vårdinsatser med syfte är att förbättra livskvaliteten för patienter och deras familjer i förhållande till de problem som uppkommer till följd av livshotande sjukdom. Vårdinsatserna ska omfatta fysisk, psykisk, social och existentiell dimension (5) och detta genom insatser från multiprofessionella team (3). Genom att tidigt upptäcka symtom kan lidande förebyggas och lindras (5).

Arbetet med palliativ vård skiljer sig på två punkter från andra vårdverksamheter. Den första punkten handlar om den speciella utsatthet som patienten befinner sig i. Den andra är hela syftet med behandlingen och vården. Vårdens mål är inte längre att bota [ej kurativ] utan att i största möjliga mån förbättra livskvaliteten och lindra symtom och lidande [palliativ]. Den palliativa vården ska vara en del av all vård oavsett av var eller av vem den bedrivs. All omvårdnad ska genomsyras av respekt för individens integritet. Detta omfattar även vård vid livets slut oavsett om döendet inträffar akut, långsamt och förväntat och om situationen accepteras eller förnekas. Människan skall fortsätta respekteras för sin religiösa tro, värderingar och livsåskådning (3). Palliativ vård kan tillämpas i tidigt skede av ett sjukdomsförlopp med ambition att förlänga livet och kan även innehålla diagnostik och undersökningar för att få ökad förståelse för komplikationer (6).

Inom vården används begreppet brytpunkt för att beskriva en övergång från ett stadium till ett annat, i detta fall från kurativ till palliativ vård. Dock är denna övergång inte alltid så tydlig utan används mer som ett teoretiskt begrepp inom och mellan vårdprofessioner (7). Sett ur ett patientperspektiv, upplever de flesta individer flertalet brytpunkter under sitt sjukdomsförlopp, vilka inte nödvändigtvis sammanfaller med de medicinska definitionerna av brytpunkt (8). Patienter tenderar att minnas väl när de fick information om sin försämrade sjukdomsbild och det är av stor betydelse att informationen presenteras på så sätt att patienten visas respekt och hänsyn inför situationen. Patienten har en rätt att veta men också en rätt att avstå från information (9).

Patienter, som gått från kurativ till palliativ vård, vårdas på sjukhus och på hospice där allmänsjuksköterkor ingår i teamet (10). Vård i livets slutskede bedrivs även i det egna hemmet genom hemsjukvård eller på korttidsboende. Många verksamheter inom hemsjukvården benämns som ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Viktigt att påpeka är att inte alla patienter i ett palliativt stadium vårdas med specifika palliativa insatser. Vårdinrättningar kan vara specialiserade på palliativ vård och endast rikta sig till patienter i livets slutskede, såsom hospice. Exempelvis kan, på en onkologisk sjukhusavdelning, både patienter som vårdas kurativt och palliativt finnas.

Den palliativa vården ska erbjuda lindring av smärta och andra symtom och varken syfta till att påskynda eller fördröja död. Patienten ska erbjudas stöd för att kunna leva ett så aktivt liv som möjligt (5).

### **De fyra hörnstenarna inom palliativ vård**

I *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut* (11) står att läsa att den palliativa vården ska vila på följande fyra hörnstenar:

- Symtomkontroll i vid bemärkelse. Detta innebär att identifiera och lindra symtom omfattande fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Patientens integritet skall tas i beaktning.
- Samarbete i form av mångprofessionellt arbetslag bestående av exempelvis läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster.
- Kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet. God kommunikation både inom arbetsteamet och mellan dess medlemmar och patienten samt närstående.
- Stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet. Närstående skall erbjudas att delta i vårdarbetet samt stödjas i detta.

### **Palliativ sedering**

I vissa fall uppnår inte sedvanlig symtomlindring den lindringsnivå som patienter i livets slutskede är i behov av. Om patienten upplever sina symtom som outhärdliga och den symtomlindring som getts inte uppnår adekvat effekt kan palliativ sedering övervägas som behandlingsval. Exempel på symtom som inte alltid kan lindras på konventionell väg kan vara smärta, yrsel, andnöd och delirium och benämns i engelsk litteratur som ”refractory

symptoms” (12). Termen ”refractory symptoms” kommer av författarna översättas och genomgående benämnas som ”icke-behandlingsbara symtom”.

Hur definitionen av palliativ sedering bör lyda har diskuterats i många artiklar (13- 15). European Association for Palliative Care (EAPC) har definierat palliativ sedering som:

*”...the monitored use of medications intended to induce a state of decreased or absent awareness (unconsciousness) in order to relieve the burden of otherwise intractable suffering in a manner that is ethically acceptable to the patient, family and health-care providers” s. 581 (16).*

Svenska Läkaresällskapet (17) gav år 2010 ut riktlinjer för palliativ sedering i Sverige. Enligt riktlinjerna avser palliativ sedering att sänka en patients vakenhetsgrad i symtomlindrande syfte och sker när patienten är i livets slutskede. Om, och när, denna behandling sätts in bör patientens förväntade livslängd inte vara mer än cirka en till två veckor. Viktigt att påpeka är att målet med behandlingen vare sig är att förlänga eller att förkorta livet (17). Palliativ sedering skiljer sig från eutanasi, som innebär att en läkare avslutar patientens liv på dennes egen begäran. Eutanasi, i sin tur, är mycket nära besläktat med assisterat självmord där patienten själv tar sitt liv men med hjälp från närstående eller läkare. Detta skulle exempelvis kunna vara att en ansvarig läkare skriver ut läkemedel och informerar om dosering men att patienten själv tar preparatet. Enligt svensk lag är eutanasi förbjudet och bedöms som dråp eller mord. Läkarsassisterat självmord är ännu inte prövat inom svenskt rättsväsende och det saknas således prejudikat (18). Både WHO och EAPC, European Association for Palliative Care, tar avstånd från aktiv dödshjälp (4).

### **Hur sker palliativ sedering?**

Den palliativa sederingen kan se olika ut och beror på hur djup sedering som avses, dess varaktighet och vilka former av läkemedel som används och hur det läkemedlet administreras (19). I de svenska riktlinjerna från läkaresällskapet görs en distinktion mellan intermittent sedering och permanent sedering. Så kallad intermittent sedering är enligt riktlinjerna att föredra. Vid intermittent palliativ sedering höjs patienten till ett vaknare tillstånd emellanåt för att tillåta patienten att ta ställning till om den rådande behandlingen är tillfredställande eller om ändringar bör göras (20). Endast om patientens symtom är outhärdliga och överlevnadstiden förväntas vara kort kan en permanent sedering vara aktuell. Då sövs patienten ner och hålls nersövd fram tills döden inträder (17).

Det är viktigt att skilja på vakenhetsgradsänkning, som bieffekt till användande av symtomlindrande läkemedel, och påverkan av vakenhetsgrad som själva syftet med läkemedelsbehandlingen. Den palliativa sederingen har som mål att, oberoende tid på dygnet, sedera patienten för att lindra symtom som upplevs som ytterst plågsamma för patienten då andra åtgärder visat sig vara verkningslösa (21).

Själva sederingen sker oftast genom användande av benzodiazepiner. I första hand används Midazolam då detta läkemedel har en kort halveringstid, något som är fördelaktigt för att finna en bra nivå mellan vakenhetsgrad och symtomlindring. Andra läkemedel som används är Oxazepam men det förutsätter att patienten kan inta läkemedlet oralt. Dock har detta läkemedel längre halveringstid. Även Diazepam kan användas, men då läkemedlet har en lång halveringstid är det mindre fördelaktigt om doseringen missbedöms (överdosering) (21).

Patienten bör få en liten dos Midazolam, förstahandsalternativet vid palliativ sedering, som sedan ökas successivt tills dess att patienten upplever symtomlindring. Denna dos kan sedan användas för att symtomlindra patienten då behov uppstår. Alternativt, om målet är att ha en mer kontinuerlig och jämn tillförsel av läkemedlet, är att koppla en läkemedelspump som subkutant tillför given dos (21).

### **Etiska ställningstaganden**

Den stora etiska konflikt som råder vid palliativ sedering rör inskränkandet av patientens autonomi och den etiska principen av att göra gott (17).

#### *Autonomi*

Ordet autonomi kommer från grekiskan och betyder självständighet (22). Autonomiprincipen utgår ifrån att varje individ själv skall få ta ställning till de etiska val som denne kan stå inför (23). Vikten av att patienten skall få behålla sin självbestämmanderätt och visas respekt för sin integritet står även förankrad i hälso- och sjukvårdslagen (24). För att sjuksköterskan skall kunna tillgodose patientens autonomi krävs kunskap om patienten, dennes livssituation, önskningar och slutligen även om patientens förmåga att kunna fatta egna beslut. För att kunna tillgodose denna etiska princip krävs att sjuksköterskan har goda kunskaper i kommunikation (7).

#### *Göra gott och inte skada*

Godhetsprincipen och icke-skada-principen är två andra begrepp som är starkt förknippade med palliativ sedering. Godhetsprincipen har sin grund i plikten att göra gott och att utförandet av det goda är en avvägning mellan nyttan och risken med ett handlingsalternativ. Icke-skada-principen har också sin grund i pliktetik och bygger på tanken om att inte vålla och orsaka skada (23). Som sjuksköterska krävs kunskap om olika handlingsalternativ utifrån evidensbaserad forskning. Vidare krävs en god kommunikationsförmåga för att kunna förstå hur olika handlingsalternativ upplevs av patienten (7).

Genom att använda palliativ sedering ger sjuksköterskan något gott till patienten, det vill säga symtomlindring, samtidigt som samma handling kan frånta patienten dennes autonomi om inte sjuksköterskan har tydlig vetskap om att detta är patientens önskan.

### **Sjuksköterskan och palliativ vård**

Det centrala för sjuksköterskan inom ramen för palliativ vård är att, så långt som det är möjligt, handla och agera på så sätt att patientens och de närståendes intressen värnas. Att arbeta med palliativa patienter och dennes anhöriga samt hitta sin roll och sitt förhållningssätt är något som för många sjuksköterskor tar sin tid. Det finns vissa återkommande drag sjuksköterskan bör sträva efter i vårdandet av patienter i livets slutskede. Sjuksköterskan bör ha relationsskapande, stödjande, kommunikativa och koordinerande funktioner (25).

#### *Relationsskapande funktioner*

En viktig funktion som sjuksköterskan har är att skapa en god relation med både patient och närstående som bygger på ömsesidig tillit och förtroende (25). Viktigt att beakta i den relation som uppstår, mellan sjuksköterskan och patienten samt sjuksköterskan och närstående, är att det råder en maktrelation som inte är symmetrisk. Sjuksköterskans maktposition utgår ifrån den kunskapsbank hon/han har utifrån sin yrkesroll. Patienten har också en viss makt som kan åskådliggöras genom att uttrycka behov, men asymmetrin kvarstår (26). För närstående är relationsskapande med sjuksköterskan av stor vikt, speciellt då den palliativa vården bedrivs i



hemmet. En god relation medför att anhöriga i många fall vågar och orkar agera som inofficiella vårdgivare i hemmet utan att behöva känna sig ytterst ansvariga. Då situationen blir för tung medför den goda relationen att närstående känner stöd och trygghet i att sjuksköterskan står som ytterst ansvarig och tar steget in och tar över vårdandet (27). Ytterligare en viktig aspekt att belysa i relationsskapandet är att sjuksköterskan bör lägga sig på en relationsnivå som balanserar omtänksamhet och närvaro utan att bli för känslösamt involverad. Målet är att sjuksköterskan skall vara ett stöd för patienten och de närstående utan att för den delen bli förmyndande och/eller helt ta över (9).

#### *Stödjande funktioner*

En ytterligare viktig funktion som sjuksköterskan fyller i den palliativa vården är att agera som en stödjande kraft för patienten och dess anhöriga. Sjuksköterskan har även en stödjande roll gentemot resten av teamet som är involverad i den palliativa vården (25). Chapple, Ziebland och McPherson visar i sin studie att sjuksköterskan kan fylla flera stödjande funktioner. Dels kan hon/han bistå som stöd vad gäller att ge information och ge klarhet i sjukdomen och dess förlopp i olika handlingsalternativ samt rådgivning. Sjuksköterskan fyller också ett emotionellt stöd genom att finnas till hands då patienten vill/har behov av att yttra sina tankar och funderingar (28). Vidare kan sjuksköterskan agera stödjande genom att inge patienten hopp. Inom palliativ vård kan detta innebära att sjuksköterskan hjälper patienten att nå vissa specifika mål, att finna de positiva och fungerande styrkor patienten fortfarande har samt odla dessa (9). Sjuksköterskan fyller också en stödjande funktion i att se de närstående, deras insats i det palliativa arbetet och att se dem som en del i vårdteamet kring den sjuka patienten. Att bli sedd och hörd är något som anhöriga har ett stort behov av då de, i de fall den palliativa vården bedrivs i hemmet, har närmsta kontakt med patienten och därför stor kunskap om patientens mående (27).

#### *Kommunikativa funktioner*

En viktig del i sjuksköterskans kommunikativa handling är att veta när ord behövs och inte, samt att veta om och när det krävs att någon annan profession bör träda in och ta över. Därför måste sjuksköterskan vara ödmjuk inför att hon/han inte innehar all kunskap som patienten önskar prata om och således inte vara rädd för att hänvisa en fråga vidare eller erkänna att hon/han inte har svaret i stunden. Den kommunikativa kunskapen handlar också om att kunna lyssna och föra samtal utan att döma eller använda egna normer och värderingar som rättesnöre. Dock kan egna normer vara vägledande vid förklaring om olika behandlingsalternativ och åtgärder (25). I vissa fall fyller sjuksköterskan en kommunikationsbrygga mellan patienten och dess närstående då vissa samtalsämnen blir för svåra att diskutera eller då det råder tvivel om vad och hur saker kan uttryckas (28).

#### *Koordinerande funktioner*

Då sjuksköterskan i många fall är den som först kommer i kontakt med patienten har hon/han en koordinerande funktion. Sjuksköterskan är den som skall göra en initial bedömning av patientens tillstånd och vilken insats som bör göras. Vidare måste sjuksköterskan ta ställning till om hon/han själv kan utföra uppgiften eller om någon annan ur vårdteamet måste tillkalla. Detta lägger ett stort ansvar på sjuksköterskans vetskap om patienten och bedömningskunskap av olika tillstånd (25).

### **Teoretisk referensram**

Som grund för den teoretiska referensramen ligger Patricia Benners teori ”Från novis till expert” (29) och ”Expertkunnande i omvårdnad: omsorg, klinisk bedömning och etik” (30) samt begreppet attityd.

### *Sjuksköterskans professionella utveckling*

Anledningen att vi valt att använda oss av Benners teori är att kunskap utgör en stor faktor som påverkar hur våra attityder formas och tar sig uttryck. Attityder är föränderliga och sällan ett linjärt konstant förhållningssätt. Med ökad insikt, kunskap och kännedom förändras vår inställning, i mer eller mindre grad, i förhållande till en given situation eller grupp. Den nyexaminerade och den erfarna sjuksköterskans attityder har formats av olika mycket yrkeserfarenhet och teoretisk kunskap.

Benner beskriver hur praktisk och teoretisk kunskap tillsammans medför en kunskapsutveckling i sjuksköterskerollen som leder till expertskicklighet (30). Ju mer kunskap vi som sjuksköterskor förfogar över desto mer förändras våra attityder gentemot de omvårdnadshandlingar vi utför. Sjuksköterskor i alla stadier möter patienter som är i livets slutskede och där palliativ sedering kan komma att bli ett behandlingsalternativ. I diskussionen kommer teorin knytas ihop med fynden i resultatet.

De olika stadier som sjuksköterskan går igenom för att nå sitt expertkunnande är: *novis*, *avancerad nybörjare*, *kompetent*, *skicklig* och *expert*. I *novisstadiet* saknar sjuksköterskan erfarenheter om den rådande kliniska miljön och kommer därför att vara bunden till att utföra sina uppgifter genom att tolka objektiva signaler som är enkelt mätbara och följa ett klart regelsystem för hur hon/han skall agera utifrån olika mätvärden. En *novis* kan vara en nyexaminerad sjuksköterska men även en sjuksköterska som var expert på ett tidigare område men som byter till ett annat. Denna blir *novis* inom det obekanta området (30).

Med tiden går sjuksköterskan vidare och blir en *avancerad nybörjare*. Efter att ha mött samma situation några gånger har erfarenheten medfört att denna kan urskilja viktiga element i den specifika situationen (29). Den avancerade nybörjaren kan nu bredda sitt regelsystem för hur hon/han skall agera, något som också leder till vetskapen om att den uppgift som skall utföras är mer komplex än den från början framstod. Denna komplexitet kan i början uppfattas som överväldigande då många nya element skall hållas reda på och tolkas (30). Den *kompetenta* sjuksköterskan har kommit så långt i sina erfarenheter att denne kan börja se och förstå långsiktiga mål med behandlingen som ges. Sjuksköterskan har möjlighet att resonera i framtida handlingsalternativ och känner sig trygg i att klara av sin uppgift samt oförutsedda händelser som kan uppstå (29). I och med att den kompetenta sjuksköterskan börjar arbeta utifrån ett visst mål väcks ett större ansvarstagande för de uppgifter som skall utföras, något som också skapar ett känslomässigt engagemang. Benner anser detta vara en hörnsten för ökad utveckling (30).

När sjuksköterskan går in i den fjärde fasen, *skicklig*, ses situationen ur ett helhetsperspektiv och beslut och handlingar grundas på gedigen erfarenhetsbasis. Genom att ha upplevt samma eller liknande situationer kan hon/han snabbt ändra sina planer utefter hur den rådande situationen framskrider och kan snabbt avgöra om förloppet följer eller avviker den ”normala” banan (29). Förmåga att förstå situationen medför att sjuksköterskan blir mer emotionellt engagerad. Den känslomässiga lyhördheten och attityden möjliggör för sjuksköterskan att förstå hur denna bäst kan förhålla sig och handla i den givna situationen (30). Att handlandet i situationen kommer naturligt och att sjuksköterskan inte behöver lägga stor energi på att välja beslutsväg gör situationen mindre stressande. Dock måste den skickliga sjuksköterskan fortfarande göra ett medvetet beslut om hur denna skall handla i den givna situationen. När sjuksköterskan så blir *expert* framstår val av handlingsalternativ som självklara och valet görs intuitivt (29). Sjuksköterskan agerar utifrån ett helhetsperspektiv samt i förhållande till det långsiktiga målet och med erfarenheter från tidigare situationer. Poängteras bör dock att

sjuusköterskan, trots sitt expertkunnande, ständigt behöver öka sin teoretiska bas för att på sätt kunna upprätthålla och förbättra sin expertis inom sitt område (30).

### *Attityder*

Anledningen till att vi fokuserar på attityder är att attityd säger något om hur en individ värderar omgivningen och förhåller sig till den i en situation, men även hur denne praktiskt handlar. Begreppet attityd definieras i Nationalencyklopedin som en inställning eller förhållningssätt (31). Attityden kan vara positiv eller negativ och individen kommer utifrån sin attityd gentemot något göra ett ställningstagande som påverkar dennes handling (32). Bunkholdt menar på att attityd består av tre delkomponenter;

- Tankekomponent: bygger på hur vi resonerar och tänker i förhållande till en viss situation eller en viss grupp.
- Känslokomponent: varje situation eller grupp väcker en känsla hos oss som individ, vilket kan vara allt från rädsla, skräck, välbehag, nyfikenhet till medlidande.
- Beteendekomponent: visar hur individen handlar i en given situation eller gentemot en given grupp. (33)

Denna beskrivning ligger nära Kristoffersens benämning av attitydens tre komponenter som hon istället benämner; kognitiv, affektiv och intentionell (32). Hur attityden kommer till uttryck beror helt på vilken situation vi ställs inför. Således kan individen tänka och känna en sak inför en situation eller grupp men välja att inte handla då det av olika anledningar anses ofördelaktigt. Omvänt kan en individ handla på ett sätt i en situation som inte direkt överensstämmer med hur individen tänker och känner inför situationen (33).

Att förändra attityder tar tid och är inte alltid möjligt. Attityder som inte har någon direkt känslomässig förankring är oftast lättare att förändra, medan attityder som förnimmar känslor, positiva som negativa, eller som hör ihop med individens samhörighet i en grupp kan vara mycket svåra att förändra. Svårast att förändra är attityder som rör värdesystem (33). För att det skall komma till stånd krävs oftast en ökad kunskap om en given situation eller grupp. Den förändrade kunskapen medför oftast att individens känslor och värderingar mot situationen/gruppen på sikt skiftar vilket möjliggör för att handlingsmönstret förändras. På detta sätt kan exempelvis negativa attityder gentemot något/någon på sikt bli positiva (32).

I uppsatsen används begreppet attityd som ett förhållningssätt och/eller inställning till något eller någon.

### **Problemformulering**

Den palliativa vården har som grundsyfte att lindra lidande och på så sätt försöka uppnå en ökad livskvalitet hos patienten och dess närstående i livets slutskede. Symtomlindring är en viktig del av den palliativa vården. Om patientens symtom inte kan lindras på ett adekvat sätt så kan intermittent eller kontinuerlig palliativ sedering vara ett alternativ.

Om det exempelvis inte råder enighet om vad begreppet palliativ sedering betyder och innebär, skulle detta kunna medföra att sjuusköterskor agerar utifrån personliga attityder och referensramar istället för evidensbaserad kunskap. Om sjuusköterskan inte tror på att

behandlingen gör patienten gott eller att patientens autonomi inte värnas kanske hon/han vägrar att utföra den. Vi tror att en kunskap om sjuksköterskors attityder i förhållande till palliativ sedering kan leda till en större förståelse för hur dessa attityder påverkar vården av patienter i livets slutskede. Vidare kan en sådan kunskap synliggöra förhållandet mellan sjuksköterskans attityder och professionella utveckling från novis till expert. Allt detta för att i slutändan kunna erbjuda en så god palliativ vård för patienten som möjligt.

## Syfte

Syftet med studien var att belysa vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors attityder till att använda palliativ sedering som symtomlindring.

## Metod

Uppsatsen är utformad som en litteraturstudie. Axelsson (34) menar att litteraturstudier är en grund för att säkra att omvårdnaden bygger på vetenskaplig evidens. Efter att ha systematisk sökt och kritiskt granskat valda studier inom det givna ämnesområdet, utifrån problemformulering och syfte, sammanställs resultaten och nya fynd kan framträda. Dessa kan förhoppningsvis leda till nytt forskningsunderlag och implikationer för den kliniska verksamheten (35).

## Litteratursökning

Litteratursökningen har gjorts utifrån sökning på databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Scopus och PubMed. Sökningen inleddes med en pilotsökning (34) på nämnda databaser inom ämnet för uppsatsen; *palliative sedation*. Utifrån vad Friberg (36) benämner som ett helikopterperspektiv såg vi genomgående drag artiklarna emellan inom ämnesområdet. Efter att ha fått en mer tydlig bild av ämnesområdet påbörjades mer systematiska sökningar utifrån begreppen; *nurses, attitudes, palliative, sedation, palliative sedation* och *end of life*. Kombinationer av dessa begrepp genomfördes även. I tabell 1 presenteras de sökningar som legat till grund för uppsatsen.

Tabell 1. Översikt över litteratursökningen.

| Databas    | Sökord              | Begränsningar            | Träffar       | Granskade abstract | Lästa artiklar | Inkluderade artiklar | Referensnummer |
|------------|---------------------|--------------------------|---------------|--------------------|----------------|----------------------|----------------|
| Scopus     | nurses              | article                  | 36            | 21                 | 14             | 2                    |                |
| 2013-08-28 | attitudes           | publication date (10 år) |               |                    |                |                      | 45             |
| 2013-08-29 | palliative sedation |                          |               |                    |                |                      | 46             |
| Cinahl     | nurses              | clinical trial           | 10            | 6                  | 5              | 3                    |                |
| 2013-08-28 | attitudes           | review                   |               |                    |                |                      | 40             |
| 2013-08-28 | palliative sedation | publication date (10 år) |               |                    |                |                      | 41             |
| 2013-08-29 |                     |                          |               |                    |                |                      | 43             |
| Scopus     | nurses              | article                  | 11            | 8                  | 7              | 2                    |                |
| 2013-08-28 | attitudes           | publication date (10 år) |               |                    |                |                      | 39, 47         |
|            | palliative sedation |                          |               |                    |                |                      |                |
|            | end of life         |                          |               |                    |                |                      |                |
| PubMed     | nurses              | clinical trial           | 10            | 5                  | 4              | 2                    |                |
| 2013-08-29 | attitudes           | publication date (10 år) |               |                    |                |                      | 42             |
| 2013-08-28 | sedation            |                          |               |                    |                |                      | 44             |
|            |                     |                          | <b>Antal:</b> | <b>67</b>          | <b>40</b>      | <b>30</b>            | <b>9</b>       |

## *Urval*

Utifrån valda och använda sökord och kombinationer av dessa fick vi ett antal träffar på artiklar. Titlarna till dessa artiklar gick igenom och ifall de tycktes svara på uppsatsens syfte granskades abstraktet. Av de abstrakts som vid genomläsning föreföll relevanta lästes artiklar i sin helhet. Tjugosju artiklar lästes i sin helhet varav nio slutligen valdes ut då de ansågs svara till uppsatsens syfte. I uppsatsen ingår även en artikel som inte ingår i ovannämnda sökmall med referensnummer; (37). Denna artikel fann vi genom en manuell sökning den 29 augusti 2013.

## *Inklusions-/exklusionskriterier*

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i uppsatsen. I databasen Cinahl användes *peer reviewed*, *research article* och *publication date* (10 år) som inklusionskriterier. Motsvarande kriterier använda i PubMed var; *clinical trial*, *review* samt *publication date* (10 år). I databasen Scopus användes *article* samt *publication date* (10 år) som inklusionskriterier. Artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades. Även artiklar med fokus på barn (<18år) samt artiklar på andra språk än engelska exkluderades.

## *Kvalitetsbedömning av artiklarna*

För att försäkra oss om att de artiklar som valts som grund för litteraturstudien var av god kvalitet kvalitetsgranskades de utefter ett omarbetat kontrollformulär efter Willman, Stoltz och Bahtsevani (38), se bilaga 1. För att kunna få fram artiklar som svarade till uppsatsens syfte modifierades protokollet så att vissa frågor togs bort och andra lades till.

Alla artiklar granskades separat utefter kontrollformuläret. Därefter diskuterades varje artikel för att få en överensstämmande bild av hur de skulle graderas. Graderingen gjordes utifrån att varje jakande (ja) fråga fick ett (1) poäng och varje nekande (nej) eller där det rådde tvivel (vet ej) fick noll (0) poäng. Totalsumman, oberoende kontrollformulär, blev 14 poäng. Därefter gjordes en procentuträkning på varje artikel. Lägsta nivå för inkludering i litteraturstudien sattes till 70 procent. Artiklar som procentskattades mellan 70-85 procent bedömdes ha medelkvalitet och artiklar mellan 86-100 procent som hög kvalitet. Artiklar skattade under 70 procent bedömdes som ha låg kvalitet och togs således inte med i uppsatsen.

## **Analys**

För att analysera de valda artiklarna har vi utgått från Fribergs modell för litteraturöversikt. Friberg menar på att det första steget i analysen är att studierna skall gås igenom flertalet gånger så att forskaren får en insikt om sammanhang och innehåll. Därefter läses studierna i syfte att belysa likheter och skillnader i resultat. Slutligen görs en sammanställning av artiklarnas resultat i olika teman som kan belysa forskarna syfte och frågeställningar (36).

De utvalda artiklarna lästes noggrant igenom flera gånger efter granskning och kvalitetsbedömning. Här studerades även de valda artiklarnas syfte, metod och resultat för att se likheter och skillnader dem emellan, se bilaga 2. Därefter har vi på separat håll gått igenom studierna utifrån syfte och frågeställningar för litteraturöversikten. Därefter jämförde vi tolkningar av studierna för att identifiera likheter och skillnader sinsemellan. Fokus låg på studiernas resultat. Som hjälpmedel användes markeringspennor av olika färg för att belysa stycken som svarade mot syftet. Detta gjordes var för sig och därefter granskades fynden gemensamt. När vi nått överenskommelse om vilka stycken som var adekvata att inkludera formades ett dokument med korta meningar som fångade essensen av dessa. Detta för att ge

en överblick. Utifrån detta dokument började arbetet med att finna övergripande teman som berörde ett eller flera stycken.

### **Forskningsetiska överväganden**

I sju artiklar har studien fått ett etiskt godkännande (37, 39, 40, 43, 44, 45, 47). I ytterligare två artiklar står inget att läsa om etiskt godkännande eller godkännande från en granskningsnämnd, men att deltagarsamtycke indikerats samt att deltagare och uppgifter har behandlats anonymt (42, 46). Endast i en artikel står tydligt uttryckt att ett etiskt godkännande inte söks då nederländska lagar inte kräver det för studiens förfarande (41).

### **Resultat**

Denna litteraturöversikt gjordes med syfte att belysa vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors attityder till att använda palliativ sedering som symtomlindring. Resultaten kommer från kvalitativa och kvantitativa artiklar och presenteras utifrån sex teman; *olika uppfattningar inom teamet, sjuksköterskans etiska resonemang, sjuksköterskans kunskap, sjuksköterskans osäkerhet, patientens önskningsar samt sjuksköterskans erfarenhet*. Författarna uppfattar dessa teman som faktorer som alla inverkar på sjuksköterskans attityder avseende palliativ sedering.

#### **Olika uppfattningar inom teamet**

Att alla i teamet är redo anges som en trygghetsfaktor vid behandlingsstart med sedering, enligt sjuksköterskorna. Teamet i detta fall innefattar vårdpersonalen, de närstående och patienten (39, 40).

Det framkommer att några sjuksköterskor uppfattar att läkarens beslut vilar på felaktiga eller oklara indikationer och att detta är ett bakomliggande skäl till att de vägrar att medverka vid sedering (41). Sjuksköterskorna menar även på att det inte finns någon gemensam förståelse mellan läkaren och dem om vad sedering innebär, detta gäller framförallt de sjuksköterskor som skattade att de upplevde hög emotionell arbetsbörda (42). Detta styrks av andra sjuksköterskor som också upplever en situation av icke-gemensam förståelse med läkaren gällande sedering (37).

Tidpunkt för behandlingen upplevs av några sjuksköterskor som antingen ha påbörjats för sent eller för tidigt (41). En del sjuksköterskor upplever att sedering ibland inleds för sent och anser att andra insatser skulle genomförts i ett tidigare skede för att undvika behandling med sedering (39).

Det råder även delade uppfattningar om huruvida palliativ sedering lindrar en patients oro i livets slutskede [*distress/terminal distress*]. Vissa sjuksköterskor anser att sedering inte lindrar detta lidande (42) medan andra känner sig säkra på att sedering är adekvat behandlingsform för dessa symtom, när alla andra metoder prövats (40). För att behandla icke-behandlingsbara fysiska symtom uppges sedering vara riktigt (43).

#### **Sjuksköterskans etiska resonemang**

En del sjuksköterskor resonerar kring om det är etiskt försvarbart att lindra oro i livets slutskede med palliativ sedering (43). En del sjuksköterskor uttrycker osäkerhet kring

huruvida sedering skall användas för att lindra existentiell oro (39, 44). Vid närvaro av icke-fysiska symtom anser andra sjuksköterskor att sedering inte innebär ett etiskt dilemma när målet är att erbjuda kvalitet och värdighet vid livets sista dagar (45). Likaså upplever de sjuksköterskor som känner sig säkra på att sedering är en adekvat behandlingsform vid oro i livets slutskede att syftet med behandling med sedering står i proportion till möjlig skada (40). Om patientens förväntade kvarvarande livslängd är ”lång” är detta något som påverkar sjuksköterskorna till att vara motvilliga till behandling med sedering (46).

Vissa sjuksköterskor upplever problem i arbetet med palliativ sedering på grund av egna personliga värderingar och de har en tro på att sedering är oskiljbart från eutanasi vilket medför en etisk problematik i arbetet. Dessa åsikter gäller främst de sjuksköterskorna med kortare arbetserfarenhet (42). Många sjuksköterskor upplever svårigheter med sedering i och med patienters oförmåga att verbalt kommunicera sina behov (37, 45), det upplevs som ett etiskt dilemma (45).

Medias rapportering om och kring palliativ sedering tror sjuksköterskorna negativt påverka på den vård som erbjuds patienterna. Sjuksköterskorna anser att media likställer palliativ sedering med eutanasi. Sjuksköterskorna uttrycker en rädsla för att behandlingsformen inte används i den utsträckning som den kanske behövs, detta på grund av medias rapportering (37).

### **Sjuksköterskans kunskap**

Gällande teoretisk kunskap om palliativ sedering uttrycker vissa sjuksköterskor en önskan om vidareutbildning rörande smärta och symtomhantering (43). Sjuksköterskor uttrycker en svårighet i att mäta och behandla icke-fysiska symtom då det av dem uppfattas som något subjektivt. De menar på att de har kunskap om fysiska symtom och hur de skall lindras, men att lidande som relateras till icke-fysiska symtom, så som existentiell/emotionell stress och ångest, ligger utanför deras kunskapsområde (44). I en studie uppger en fjärdedel av sjuksköterskorna att de saknar medicinska färdigheter, men även omvårdnadsnärliggande kunskap, om hur de skall hantera och arbeta med palliativ sedering (42). Kunskapsbrister i medicinhantering framkommer även från andra sjuksköterskor. Ett problem är distinktionen mellan akuta mediciner och mediciner med avsikten att sedera. Vissa sjuksköterskor beskriver att de förstår att akutmedicinering skall användas i just akuta/specifika situationer för att symtomlindra exempelvis andnöd, medan andra sjuksköterskor menar på att den akuta medicineringen kan leda till palliativ sedering (39). I ytterligare en studie beskriver de sjuksköterskor, vilka upplever brister i sina färdigheter, att de önskar fortsatt utbildning. De efterfrågar ökad kunskap rörande mediciner, om hur teamarbete går till, vilka riktlinjer som gäller vid palliativ sedering samt om kommunikation kring palliativ sedering (41).

Huruvida palliativ sedering har en inverkan på dödsförloppets process diskuteras i flera studier (42, 44, 46, 47). I studien av Rietjens et al. reflekterar många sjuksköterskor kring om sedering påskyndar dödsförloppet och majoriteten av dessa anser antingen att sedering kan ha en påskyndande effekt eller anser att den gränsar till eutanasi. Resterande sjuksköterskor anser inte att sedering förkortar patientens liv (44). Andra sjuksköterskor är av den tydliga uppfattningen att sedering påskyndar död (42, 47). I en av dessa studier uppger nära på hälften av sjuksköterskorna att beslutet om palliativ sedering delvis fattades för att påskynda döden och ungefär en tredjedel anser att detta var den specifika orsaken till beslutet (47).

## **Sjuksköterskans osäkerhet**

Ett återkommande tema handlar om själva definitionen av palliativ sedering. Vissa sjuksköterskor menar på att de hört termen palliativ sedering, men att de inte är på det klara med termens exakta definition. Istället för att kunna definiera termen beskriver sjuksköterskorna behandlingen utifrån dess önskade effekt (39). Osäkerheten kring hur begreppet definieras uttrycks även av andra sjuksköterskor. Behandlingen ses då inte som en isolerad händelse utan som en del i symtomlindring inom den palliativa vården av patienten. Alla sjuksköterskor i studien är överens om att behandling med palliativ sedering utförs, men det råder en oenighet om hur ofta det förekommer (37).

Den oklara definitionen avseende palliativ sedering gör att sjuksköterskor, i vissa fall, upplever svårighet att skilja mellan palliativ sedering och eutanasi (37, 44). I en studie beskriver sjuksköterskorna att de kan definiera skillnaden mellan palliativ sedering och eutanasi. Dock framkommer att vid det praktiska utförandet av palliativ sedering blir distinktionen mellan sedering och eutanasi svårare (46). Sjuksköterskor upplever att de inte vet hur de skall tala om ämnet inför patienten och arbetskollegor då de inte vill bli "feltolkade" eller missuppfattade, ämnet upplevs tabubelagt. Istället för att använda termen "palliativ sedering" i kommunikation med till exempel patient och närstående används omskrivningar som beskriver effekten av sederingen. En sådan omskrivning kan vara att patienten erbjuds "att få sova" för att inte uppleva smärta. Dock anser sjuksköterskorna att ämnet måste kunna diskuteras (37). Detta uttrycks även av andra sjuksköterskor som diskuterar vikten av att berätta sanningen även om det upplevs som en svår diskussion att ta (40).

Sjuksköterskorna känner sig mer säkra med behandling med palliativ sedering om det mellan sjuksköterskan, patienten och de närstående finns en professionellt nära relation. De känner då en större tillit till patientens beskrivning av sitt lidande (39). Enligt vissa sjuksköterskor skulle klara riktlinjer, som definierar terminologin, kunna leda till samstämmighet och en gemensam tolkning om vad palliativ sedering verkligen avser. Detta är något som kan medföra en ökad trygghet i själva arbetet (43).

## **Patientens önskningar**

Sjuksköterskors bemötande av patienter och närstående framkommer som ett attitydsgrundande tema. Sjuksköterskorna uppger att det känns bättre om patientens önskningar tas i beaktning samt att patienten själv efterfrågar sedering vid beslut om behandlingen (39, 43, 44). Även att känna till patientens egna värderingar och preferenser nämns som bidragande faktor till hur sjuksköterskorna ställer sig till sedering (45). Vidare diskuterar sjuksköterskorna om hur de närståendes önskningar påverkar vid övervägandet att behandla med sedering (43) och att sedering inte bara leder till en mer fridfull död för patienten utan också möjliggör ett värdigt avslut för de närstående och att det är viktigt att möta detta (40, 44). Några sjuksköterskor menar på att sedering innebär en lättnad för alla inblandade inte enbart för patienten och de närstående (40).

I en studie uppger 29 procent av sjuksköterskorna att patienten inte hade uttryckt någon klar önskan om sedering och att detta ökade deras upplevda arbetsbörda (42).

Andra sjuksköterskor förtydligar vikten av att patientens önskningar beaktas i samband med beslut i livets slutskede. De uppger att palliativ sedering inte efterfrågas rakt ut utan mer uttrycks som en allmän efterfrågan om symtomlindring. Utifrån detta för sjuksköterskan en dialog med patienten för att utröna vad denna önskar (46).



## **Sjuksköterskans erfarenhet**

Erfarenhet uttrycks av vissa sjuksköterskor som viktigt vid arbete med palliativ sedering. De beskriver att det finns en "lärande kurva" där sjuksköterskan, utifrån erfarenhet, lär sig hur den palliativa behandlingen går till. Ibland krävs höga doser av medicin för att få symtomlindrande effekt utan att detta dödar patienten. Sjuksköterskorna framhöll att oerfarna sjuksköterskor, just utifrån rädslan att döda patienten, kan tveka i behandlingsmomentet (40). Erfarna sjuksköterskor har efter hand lärt sig hur de skall agera och handla i olika situationer, något som för en relativt oerfaren sjuksköterska är svårt (43). Att mötas i formella eller informella konstellationer beskrivs av sjuksköterskorna som viktigt för att få möjlighet till att reflektera över olika situationer, men lyfts också som ett moment för att kunna förbättra sina kunskaper i området (40).

Tidigare erfarenheter av negativa upplevelser relaterade till sedering upplevs av sjuksköterskorna som misslyckanden då de har höga krav på sig att lindra lidande (37). Även när det gäller enbart oro i livets slutskede [*terminal distress*] och då detta symptom inte lyckats lindras med sedering så leder det till känslor av misslyckanden för sjuksköterskorna (40). Om sederingen anses vara lyckad, det vill säga symtomen lindras, upplever sjuksköterskorna positivitet och de känner större tilltro gentemot behandlingen (39).

Emellan sjuksköterskor råder oenighet om vilken effekt palliativ sedering har avseende påverkan på dödsprocessen. Det visar sig att de sjuksköterskor som känner störst osäkerhet gällande gränsdragningen mellan palliativ sedering och eutanasi är sjuksköterskor som har lite erfarenhet av behandlingen (44). I en studie av Morita et al. framkommer det att sjuksköterskor anser att palliativ sedering påskyndar död, vilket framförallt är en åsikt hos de sjuksköterskor som har mindre erfarenhet. I samma studie framkommer även att de sjuksköterskor som kände en stor belastning avseende behandling med palliativ vård ofta är yngre och/eller mindre erfarna. Dessa sjuksköterskor beskriver att de saknar kunskap om; medicinering, tolkning av icke-behandlingsbara symptom samt omvårdnadshandlingar rörande patienter som är sederade (42).

## **Diskussion**

I det här kapitlet kommer först metoden att diskuteras och därefter kommer resultat diskuteras bland annat utifrån Benners kunskapsteori samt kopplas till Bunkholdts definitioner om attityders tre delkomponenter.

### **Metoddiskussion**

Författarna valde att göra en litteraturöversikt. Den lämpar sig väl för denna kandidatuppsats då översikten syftar till att göra en sammanställning av existerande forskningsresultat (36).

För att få fram forskning inom ämnet användes databaserna Cinahl och PubMed, vilka anses vara aktuella då omvårdnad är huvudområdet för kandidatuppsats (34), samt databasen Scopus. Under arbetet med artikelsökningarna upptäckte författarna att flertalet av artiklarna återkom. Detta skulle kunna tolkas som att utbudet inom valda ämne är begränsat eller att författarna sökt för snävt, något som skulle kunna påverka resultatet. Författarna valde, trots detta, att endast inkludera artiklar publicerade under det senaste tio åren för att få fram så pass

aktuella resultat som möjligt. Avsikten är att återspegla sjuksköterskors attityder i relativ nutid.

I uppsatsen har både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderats. Då dessa presenterar resultat på olika sätt kan författarna möjligtvis ha gjort egna tolkningar och färgat dessa resultat. Artiklarnas design medför att de inte är helt och hållet jämförbara.

För att kunna kvalitetsgranska artiklarna utformade författarna bedömningsformulär utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevanis grundformulär (38). Formulären modifierades för att passa uppsatsens syfte genom att frågor som inte ansågs relevanta exkluderades. Författarna är ödmjuka inför möjligheten att denna modifiering påverkat utfallet för valda artiklar. Ett annorlunda utformat formulär hade möjligtvis kunnat leda till att andra artiklar inkluderats och, de av författarna valda artiklar, exkluderats.

Begreppet attityd förstås och används i uppsatsen som förhållningssätt eller inställning till något. I artikelsökningen användes det engelska ordet ”*attitude*” konsekvent då det inbegriper ovanstående begrepp. Möjligtvis hade kompletterande engelska begrepp gett författarna ytterligare artikelträffar som kunnat inkluderas i resultatet.

Författarna är öppna för möjligheten att artiklar exkluderats i ett för tidigt skede. Abstrakts studerades ej när artikelns titel inte svarade till kandidatuppsatsens syfte. Vid artikelsökningen gjordes författarna även uppmärksamma på att artiklarnas syften/innehåll ibland inte svarade till titeln. Trots att titeln verkade lovande kunde författarna inte i abstraktet se att artikeln berörde sjuksköterskors attityder till sedering. Dessa artiklar exkluderades då utan en mer djupgående läsning. Detta skulle kunna ha medfört att intressant material förbisetts. Även om det i artiklarna inte förelåg ett tydligt fokus på sjuksköterskors attityder skulle omnämnda studier ha kunnat beröra detta ämne utan att för den delen lyft det i sin titel/abstrakt. Författarna är också medvetna om att tiden för kandidatuppsatsen skrivande är relativt kort, något som i sig kan påverka litteratursökningens genomförande och därmed resultatet.

Sju av tio artiklar hade fått ett etiskt godkännande. I övriga tre artiklar återfanns ingen information om etiskt godkännande eller godkännande från en granskningsnämnd. I två av dessa artiklar hade deltagarna gett sitt godkännande till medverkan. Författarna till denna uppsats anser därför att artiklarnas studier uppfyller tillräckligt etiskt krav och valde därav att inkludera dem. I den sista artikeln motiverades avsaknad av etiskt godkännande med att det inte behövdes för genomförande av studien och uppgifter behandlades anonymt. Detta ansåg uppsatsens författare vara godtagbart skäl till användande och inkludering av artikeln i uppsatsen. En annan problematik författarna är medvetna om är att vissa studier är genomförda i länder där eutanasi och assisterat självmord är lagligt. Detta är något som kan påverka deltagarnas attityder till palliativ sedering. Kulturella skillnader länderna emellan, i inkluderade studier, kan även ha påverkat resultatet.

Diskussion om palliativ sedering skulle kunna röra upp svåra minnen för studiens deltagare. Det kan även finnas risk att deltagare i fokusgrupper tangerar till att indirekt tala ”utanför sekretessen” om patienter de tidigare vårdat, om alla deltagare arbetar på samma arbetsplats. Dessa aspekter är viktiga att beakta vid studiernas genomförande.

## Resultatdiskussion

### *Olika uppfattningar inom teamet*

Två hörnstenar inom palliativ vård berör vikten av samarbete samt kommunikation inom teamet (11). När alla i teamet upplevde konsensus kände sjuksköterskorna sig trygga med behandlingen med palliativ sedering (39, 40). Palliativ sedering diskuteras även i förhållande till icke gemensam förståelse sjuksköterskor och läkare emellan (37, 41, 42). Fynden visar på en oförståelse professionerna emellan. Detta skulle kunna tyda på att sjuksköterskors förhållningssätt till vården skiljer sig från läkarens, åtminstone deras tankar om dessa två olika professioners tanke sätt om vad vårdandet innebär. Bunkholdt benämner tankekomponenten som är en del i vad som formar en attityd (33). Sjuksköterskor, i sin yrkesroll, har ett fokus på omvårdnad och helhetssyn. Läkare är medicinskt skolade och därför skulle det kunna vara så att sjuksköterskor tänker att omvårdnad, som är deras huvudområde, inte beaktas när läkaren fattar ett beslut.

Sjuksköterskorna upplever ibland att behandlingen hade kunnat undvikas ifall andra vårdinsatser satts in i ett tidigare skede (39). Detta kan kopplas till den första hörnstenen inom palliativ vård vilken berör vikten av symtomkontroll (11). Det tycks som om sjuksköterskorna anser att något brustit. Om patientens symtom hade beaktats adekvat, innan patientens sjukdomsförlopp nått så långt, hade kanske inte palliativ sedering krävts.

Det råder delade meningar, sjuksköterskorna emellan, om palliativ sedering lindrar oro i livets slutskede (40, 42, 43). Icke gemensam uppfattning inom teamet om adekvat användning och tillämpbarhet av palliativ sedering skulle på sikt kunna skapa konflikter och samarbetssvårigheter inom teamet. Vissa sjuksköterskor menar att sedering kan lindra den existentiella oron, andra ställer sig mycket tveksamma till detta. Benner talar om *novisen* som en sjuksköterska som utifrån sin erfarenhetsnivå behöver ett klart regelverk för att kunna utföra sitt arbete. En erfaren sjuksköterska, så som den *skicklige* eller *experten*, behöver inte alltid hålla sig strikt till regler utan kan på goda grunder frånga dessa då hon/han bedömer att situationen gynnas av det (29). Då sjuksköterskan i många fall är den som arbetar närmast patienten är det viktigt att förståelsen för olika behandlingsalternativ stämmer överens, inom och mellan olika professioner. En levande dialog mellan oerfarna och mer erfarna sjuksköterskor kring etik och de alternativ för behandling som föreligger är att önska, något som även ur ett patientperspektiv kan vara av värde. Konsensus i frågor minskar risken för att enskildas kunskapsluckor färgar rapportering/kommunikation till kollegor så att patientens lidande förbises vid beslutsfattandet.

### *Sjuksköterskans etiska resonemang*

Ett etiskt dilemma handlar om icke-skada principen (23). Lindrandet av oro vid livets slutskede innebar en etisk konflikt för några sjuksköterskor, bland annat i att etiskt skilja palliativ sedering från eutanasi (37, 39, 42-45). Det skulle kunna vara ett tecken på tillämpning av icke-skada principen och att de ser att behandlingen skulle kunna innebära någon form av vårdskada för patienten.

Den säkerhet sjuksköterskorna upplever i samband med palliativ sedering skulle också kunna ses i förhållande till icke-skada principen då de menar att tänkbara skador överskuggas av själva syftet med behandlingen. Sjuksköterskor uttrycker att tanken om att målet står i proportion mot medlen (40). Sjuksköterskornas olust till att behandla med sedering när patientens skattade kvarvarande livslängd är lång (46) kan tolkas som oviljan att, trots ”tid kvar”, inverka på patientens dödsprocess.

Bunkholdts definition om tankekomponenten (33) skulle kunna knytas till godhetsprincipen och icke-skada principen. För en sjuksköterska som känner till och utgår från dessa grundläggande principer skulle förenande av de två kunna innebära en etisk konflikt. Utifrån godhetsprincipen har sjuksköterskan en grundsats om att göra gott för patienten. Om hon/han är övertygad om att sedering påskyndar dödsprocessen kan hon/han resonera att behandlingen inte är adekvat. Detta kan leda till att patienten lider i onödan då andra behandlingsalternativ kanske inte lyckas symtomlindra. Utifrån icke-skada principen kan sjuksköterskor ”godkänna” en viss skada relaterat till behandlingsalternativet om de antar att resultatet har positiv effekt för patientens välbefinnande. Det behövs reflektioner kring dessa etiska principer och den konflikt som kan uppstå samt hur sjuksköterskor på bästa sätt kan erbjuda patienter livskvalitet och symtomlindring.

Ett etiskt dilemma handlar om att en sederad patient inte verbalt kan kommunicera sin vilja och/eller önskan (37, 45). Det beskrivs som svårt för sjuksköterskor och skulle kunna tolkas som att de saknar insikt om patientens vilja/önskan. De riskerar att handla på ett sätt som inskränker på patientens autonomi. För att undervika en sådan situation skulle det kunna underlätta för sjuksköterskan att innan behandlingsstart ha kunskap om patientens vilja/önskningsar. Kunskap om patientens önskningsar, livssituation och förmåga att fatta egna beslut krävs för att möjliggöra att hänsyn tas till patientens autonomi (7).

Sjuksköterskor upplever den mediala rapporteringen om palliativ sedering som etiskt problematisk (37). Detta kan förstås utifrån tankekomponenten som Bunkholdt definierat (33). Om vår inställning till något baseras på vad vi känner till, i detta fall av medias tolkning/rapportering om palliativ sedering, kan det leda till att allmänheten får svårt att skilja palliativ sedering från eutanasi. Detta, i sin tur, kan leda till att begreppen blandas ihop även för vårdpersonal då de är del av denna ”allmänhet”.

#### *Sjuksköterskans kunskap*

Kunskapsbrist och vidareutbildning är områden som sjuksköterskorna återkommer till (39, 41-44). Enligt Bunkholdts tankekomponent ligger vårt förhållande till något i paritet till hur vi tänker (33). Dessa tankar om något (person/situation) formas av samlad erfarenhet och kunskap inom ämnet. Således torde en bristande kunskap påverka detta förhållningssätt till en given situation och sjuksköterskornas kunskapsbrister påverka hur de tänker om palliativ sedering. För att uppnå en nivå av *kompetent* eller *expert* krävs, förutom erfarenhet, även kunskap (29, 30).

En gemensam uppfattning är att palliativ sedering kan ha en påskyndande effekt på dödsförloppet (42, 44, 46, 47). I en studie uppger fyra sjuksköterskor med lite yrkeserfarenhet av sedering att behandlingen gränsar till eutanasi (44). Författarna tolkar detta som att dessa fyra ingår i det spann av studiedeltagare som har mindre än fem års erfarenhet av palliativ vård. Den relativt sett lilla kunskapen skulle kunna ha en inverkan på deras syn på palliativ sedering samt behandlingens syfte. Sjuksköterskorna skulle dock ha kunnat arbeta många år inom andra vårdområden men de uppger i studien att de är nya inom palliativ vård. Benner talar om att trots tidigare kunskap och erfarenhet så kan sjuksköterskan hamna i ett *novisstadium* då denna går in och arbetar inom ett obekant område (30).

Sjuksköterskor uppger att behandling med palliativ sedering förkortar liv och påskyndar död (42, 47). En tolkning av detta är att det beror på kunskapsbrist, det vill säga om sedering har

en livskortande effekt eller inte. Författarna anser att kunskapsbristen indikerar ett behov av ökad utbildning för vårdpersonal inom ämnet.

#### *Sjuksköterskans osäkerhet*

Sjuksköterskor lyfter svårigheten i att definiera begreppet palliativ sedering och har delade meningar i hur frekvent behandlingen används (37, 39). En tolkning utifrån fyndet skulle därför kunna vara att de sjuksköterskor som anser palliativ sedering vara relativt ofta använt som behandlingsform inte ser en skillnad mellan sedering som huvudsyfte och som bieffekt.

En viktig del i sjuksköterskans roll inom palliativ vård är hennes/hans ansvar att kunna kommunicera med patient och närstående (25). Sjuksköterskor menar att det är svårt att skilja palliativ sedering från eutanasi på grund av osäkerhet kring begreppen. Detta medför betydande svårighet att kommunicera (37, 40, 44). Sjuksköterskan kan som stödjande funktion för patienter klargöra och rådgöra om sjukdomsförlopp och handlingsalternativ (28). En konsekvens av kommunikationsproblematiken skulle kunna vara att sjuksköterskans praktiska arbete påverkas. Hon/han kan försöka låta bli att samtala om ämnet med patienten och undvika att gå in till patientens rum i rädsla för att få "svåra" frågor. En annan konsekvens kan vara att detta skapar osäkerhet hos patienten och de närstående om vad som kommer hända. För patienten kan det vara svårt att se skillnaden mellan palliativ sedering och eutanasi ifall dennas vårdare själva har svårt att göra en distinktion mellan behandlingsformerna. Således föder osäkerheten osäkerhet.

Sjuksköterskorna menar på att en gemensam definition och gemensamma riktlinjer skulle minska osäkerheten och istället skapa trygghet (39, 43). Oklarhet om definitioner och begreppsskapande föder negativa känslor såsom otrygghet och osäkerhet vilka i sin tur kan påverka arbetet och därmed vårdpersonalen och patientens upplevelser av palliativ sedering. Dessa känslor kan relateras till känslokomponenten som Bunkholdt ser som en del i skapandet av våra attityder (33).

#### *Patientens önskingar*

Sjuksköterskors inställning till palliativ sedering påverkas av hur de upplever att patientens önskingar tillgodoses (39, 42-45). Inflytandet av närståendes önskingar och vikten av att möta även dessa poängteras (40, 43, 44). Hur vi känner inför något är en viktig del av vad som formar en attityd (33). I de här fallen påverkar sjuksköterskornas känslor deras inställning till palliativ sedering. En tolkning är att patientens och närståendes godkännande legitimerar handlingen och utan detta godkännande föds negativare känslor som i sin tur skapar etiska dilemman. Enligt autonomiprincipen ska patienten själv få ta ställning till de etiska dilemman som berör denna samt visas hänsyn till önskingar om behandlingsalternativ (7).

Sjuksköterskorna är tydliga med att de, om de inte uppfattat patientens önskan tydligt, försöker komma fram till dessa genom vidare samtal (46). Det ser författarna som ett sätt att respektera och värna om patientens autonomi.

#### *Sjuksköterskans erfarenhet*

Sjuksköterskor beskriver en "lärande kurva" som byggs av erfarenhet från arbetet inom domänen och sjuksköterskan blir mer trygg i agerandet över tid (40, 43) vilket överensstämmer med Benners tankar om en lärandeprocess för sjuksköterskor (29). En tolkning är att de sjuksköterskor som omnämns i studierna som oerfarna befinner sig på stadier av novis eller avancerad nybörjare och har ännu inte uppnått det stadie där hon/han kan se den långsiktiga effekten med behandlingen. Hur hon/han handlar i en specifik situation

behöver ännu inte vara förankrat i hennes/hans tankar och känslor. Bunkholdt talar om bristande överensstämmelse mellan attitydskomponenter där en människa kan handla i en given situation utifrån andras förväntningar eller rädsla för att inte passa in i en grupp. Detta utan att handlingen (beteendet) är grundat i tanke/känsla, attityden består då till störst del av beteendekomponenten (33). Poängteras bör att om omgivningen vill att en attitydförändring ska komma till stånd behövs en förståelse för att ett beteende inte alltid säger något om hur individen egentligen tänker och känner inför en situation. En potentiell fara kan föreligga i att en novis utför handlingar och/eller adapterar beteenden utan reflektioner kring om det är optimalt för patienten. Expertsjuksköterskan har mött situationen tidigare och besitter erfarenhet som möjliggör att handlingen blir mer övervägd samt grundad och därför troligtvis mer patientsäker.

Utkomsten av behandlingen påverkar sjuksköterskornas attityd till den (37, 39, 40). Bunkholdt menar att känslokomponent och beteendekomponent samspelar i forandet av våra attityder (33). Känslan skulle här kunna leda till att skapa antingen en positiv eller negativ hållning till behandlingen och kunna påverka på agerandet i framtiden.

Oerfarna sjuksköterskor känner oftare osäkerhet kring gränsdragningen mellan eutanasi och palliativ sedering (42, 44). För en novis, enligt Benners definition, skapar detta ett dilemma och möjligtvis en problematisk arbetssituation eftersom novisen behöver klara riktlinjer att förhålla sig till (30). Än så länge saknar novisen den skickliga och expertsjuksköterskans erfarenhet i form av praktiskt och teoretisk kunskap. Reflektion över den egna kunskapen och erfarenheten behövs för att öka novisens kompetens och integrera den i sättet att arbeta.

### **Implikationer för omvårdnad**

Tydligare terminologi samt klara riktlinjer ämnade för sjuksköterskor tror vi kan minska sjuksköterskors osäkerhet och leda till att ämnet och definition av palliativ sedering blir mer förståeligt och mindre godtyckligt. Mer säkerhet i frågan skulle kunna leda till att sjuksköterskor inte färgar rådgivning med sina egna tolkningar och värderingar. Säkerheten kan vidare leda till att sjuksköterskorna i större utsträckning vågar tala om behandlingen med patienten, de närstående samt andra i teamet. Vi tror att detta samlat kan leda till att patientens delaktighet ökar och att dennas önsknings i större utsträckning beaktas.

Vi tycker att arbetsgivaren har ett ansvar att ge tid för oerfarna och mer erfarna sjuksköterskor att samlas och reflektera över arbetet utifrån teman så som kunskap och etik. Vi tror att en sådan plattform kan hjälpa till att skapa en ökad gemensam förståelse för svårigheter och dilemman i arbetet med palliativ sedering. Om samtal om själva behandlingen inte är tabu eller misstolkas av någon skulle det i slutändan kunna medföra att patienten erbjuds en säkrare vård.

Palliativ vård är en speciell vårdform eftersom målet med vårdandet gått från att bota [*kurativ*] till att lindra [*palliativ*]. Detta skapar en komplex och svår arbetssituation för sjuksköterskor där egna värderingar och etiska ställningstaganden kan påverka erbjuden vård. En ny sjuksköterska på en arbetsplats är alltid novis, men med mer teoretisk kunskap i ryggen har sjuksköterskan en större möjlighet att erbjuda optimal vård trots att han/han ännu saknar yrkeserfarenhet. Vi anser därför att det borde läggas större vikt på palliativ vård vid grundutbildningen för sjuksköterskor då patienter i palliativa stadier påträffas inom alla vårdinstanser.

## Referenslista

1. Fridegren I, Lyckander S. Palliativ vård. Stockholm: Liber; 2001.
2. Strang P, Beck-Friis B. Inledning. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. Palliativ medicin och vård. Stockholm: Liber; 2012. s. 12-4.
3. Cancercentrum. [cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-varld/](http://cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-varld/) [internet] Stockholm: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland; 2012 [hämtad 2013].
4. Strang P. Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. Palliativ medicin och vård. Stockholm: Liber; 2012. s. 30-4.
5. WHO. [who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://who.int/cancer/palliative/definition/en/) [internet]: World Health Organisation; 2013 [hämtad 2013 Aug 29].
6. Jakobsson E, Andersson M, Öhlén J. Livets slutskede - välbefinnande och död. I: Friberg F, Öhlén J, Edberg A-K, Castoriano M, redaktörer. Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 327-54
7. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning. 2013. Tillgänglig från: [socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4](http://socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4) [internet].
8. Friedrichsen M. Att få besked vid obotlig cancer - patientens uppfattning. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. Palliativ medicin och vård. Stockholm: Liber; 2012. s. 129-35.
9. Buckley J. Palliative care: an integrated approach. Chichester: Wiley-Blackwell; 2008.
10. Eckerdal G. Sluten palliativ vård och hospice. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. Palliativ medicin och vård. Stockholm: Liber; 2012. s. 162-8.
11. Socialdepartementet. Döden angår oss alla: värdig vård vid livets slut : slutbetänkande. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2001.
12. Bruce SD, Hendrix CC, Gentry JH. Palliative sedation in end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2006;8(6):320-7.
13. Rys S, Mortier F, Deliens L, Deschepper R, Battin MP, Bilsen J. Continuous sedation until death: Moral justifications of physicians and nurses-a content analysis of opinion pieces. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2013;16(3):533-42.

14. Patel B, Gorawara-Bhat R, Levine S, Shega JW. Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: Components for developing policy for nursing professionals. *Journal of Palliative Medicine*. 2012;15(4):432-7.
15. Juth N, Lindblad A, Lynöe N, Sjöstrand M, Helgesson G. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: An ethical discussion. *BMC Palliative Care*. 2010;9.
16. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*. 2009;23(7):581-93. PubMed PMID: 44921788.
17. Svenska läkaresällskapet: Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. Stockholm; 2010 [hämtad 2013 Sep 13].
18. Ottosson J-O. Eutanasi, assisterat självmord, eller palliativ vård. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber; 2012. s. 35-9.
19. Maltoni M, Scarpi E, Nanni O. Palliative sedation in end-of-life care. *Current Opinion in Oncology*. 2013;25(4):360-7.
20. Socialstyrelsen: Tydliggörande om palliativ sedering - Meddelandeblad 10/2010 (2010).
21. Eckerdal G. Palliativ sedering. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber; 2012. s. 40-3.
22. Nationalencyklopedin. [ne.se/sok?q=autonomi](http://ne.se/sok?q=autonomi) [internet]. Malmö: Nationalencyklopedin AB; 2013.
23. Stryhn H, Bolinder-Palmer I, Olsson K. *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
24. Socialdepartementet. *Hälso -och sjukvårdslag (SFS 1982:763)*. Stockholm.
25. Friedrichsen M. Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber; 2012. s. 366-72.
26. Oudshoorn A, Ward-Griffin C, McWilliam C. Client-nurse relationships in home-based palliative care: A critical analysis of power relations. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(8):1435-43.
27. Linderholm M, Friedrichsen M. A desire to be seen: Family caregivers' experiences of their caring role in palliative home care. *Cancer Nursing*. 2010;33(1):28-36.



28. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. The specialist palliative care nurse: A qualitative study of the patients' perspective. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(8):1011-22.
29. Benner P, Rooke L, Grundberg T. Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur; 1993.
30. Benner P, Tanner CA, Chesla CA, Rooke L, Larsson-Wentz K. Expertkunnande i omvårdnad: omsorg, klinisk bedömning och etik. Lund: Studentlitteratur; 1999.
31. Nationalencyklopedin. [ne.se/lang/attityd](http://ne.se/lang/attityd) [internet]. Malmö: Nationalencyklopedin AB; 2013.
32. Kristoffersen NJ. Omvårdnandens värdegrund. I: Kristoffersen NJ, redaktör. Allmän omvårdnad: 1, Profession och ämnesområde - utveckling, värdegrund och kunskap. Stockholm: Liber; 1998. s. 213-70.
33. Bunkholdt V, Larsson-Wentz K. Psykologi: en introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal. Lund: Studentlitteratur; 2004.
34. Axelsson Å. Litteraturstudie. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 203-20.
35. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
36. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg F, redaktör. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 133-44.
37. Nilsson A, Tengvall C. One last opportunity: Swedish nurses' experiences of palliative sedation. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2013 //;15(6):E1-E5.
38. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2011.
39. Beel AC, Hawranik PG, McClement S, Daeninck P. Palliative sedation: nurses' perceptions. *International journal of palliative nursing*. 2006 Nov;12(11):510-8. PubMed PMID: 17170668.
40. Zinn CL, Moriarty D. Nurses' perceptions of palliative sedation in a scottish hospice: An exploratory study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2012 //;14(5):358-64.

41. Brinkkemper T, Klinkenberg M, Deliens L, Eliel M, Rietjens JA, Zuurmond WW, et al. Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses. *Journal of advanced nursing*. 2011 Aug;67(8):1719-28. PubMed PMID: 21382079.
42. Morita T, Miyashita M, Kimura R, Adachi I, Shima Y. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med*. 2004 Sep;18(6):550-7. PubMed PMID: 15453626.
43. Patel B, Gorawara-Bhat R, Levine S, Shega JW. Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals. *J Palliat Med*. 2012 Apr;15(4):432-7. PubMed PMID: 22500480.
44. Rietjens JA, Hauser J, van der Heide A, Emanuel L. Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliat Med*. 2007 Oct;21(7):643-9. PubMed PMID: 17942505.
45. Venke Gran S, Miller J. Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *International journal of palliative nursing*. 2008 Nov;14(11):532-8. PubMed PMID: 19060803.
46. Anquinet L, Raus K, Sterckx S, Smets T, Deliens L, Rietjens JA. Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: a focus group study. *Palliat Med*. 2013 Jun;27(6):553-61. PubMed PMID: 23104513.
47. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Continuous deep sedation until death in Belgium: a survey among nurses. *Journal of pain and symptom management*. 2011 May;41(5):870-9. PubMed PMID: 21545951.

## **Bilagor**

**Bilaga 1**  
**Bilaga 2**

Protokoll för kvalitetsbedömning  
Artikelsammanställning

## Bilaga 1

### Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Studiedesign \_\_\_\_\_

Är studiedesignen lämplig  
Utifrån syfte?  Ja  Nej  Vet ej

Karakteristiska

Antal \_\_\_\_\_

Ålder \_\_\_\_\_

Man/kvinna \_\_\_\_\_

Inklusion-/exklusionskriterier  Ja  Nej  Vet ej  
Om Ja, vilka? \_\_\_\_\_

Vad avsåg studien att studera?

Urvalsförfarandet beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej  
Representativt urval?  Ja  Nej  Vet ej  
Randomiseringsförfarandet beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

Bortfallsanalysen beskriven?  Ja  Nej  Vet ej  
Bortfallsstorleken beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

Adekvat statistisk metod?  Ja  Nej  Vet ej

Någon form av etiskt godkännande?  Ja  Nej  Vet ej

Är instrumenten valida?  Ja  Nej  Vet ej

Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej  Vet ej

Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej  Vet ej

Huvudfynd  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, vilka? \_\_\_\_\_

Sammanfattande bedömning av kvalitet  Hög  Medel  Låg

Kommentar \_\_\_\_\_

## Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Tydlig problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

Karakteristiska

Antal \_\_\_\_\_

Ålder \_\_\_\_\_

Man/kvinna \_\_\_\_\_

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Vet ej

Någon form av etiskt godkännande?  Ja  Nej  Vet ej

Relevant urval?  Ja  Nej  Vet ej

Strategiskt urval?  Ja  Nej  Vet ej

Beskrivs urvalsförfarandet tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

Beskrivs datainsamlingen tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

Beskrivs analysen tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

Är resultatet logiskt och begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

Råder datamätnad?  Ja  Nej  Vet ej

Råder analysmätnad?  Ja  Nej  Vet ej

Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

Huvudfynd?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, vilka? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sammanfattande bedömning av kvalitet  Hög  Medel  Låg

Kommentar \_\_\_\_\_

## Bilaga 2

### Artikelsammanställning

| Författare, År, Land  | Titel   | Syfte   | Metod  | Deltagare (bortfall) | Resultat   | Kvalitet     |
|---|---|---|--|----------------------|--|--------------|
| Tijn Brinkkemper; Marianne Klinkenberg; Luc Deliens; Miriam Eliel; Judith A.C. Rietjens; Wouter W.A. Zuurmond; Roberto S.G.M. Perez | Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses  | Att belysa erfarenheter från sjuksköterskor som arbetar med palliativ sedering i hemmiljö efter introduktion av riktlinjer för palliativ sedering utformade för läkare  | En kvantitativ studie utifrån en webbaserad strukturerad enkät riktad till sjuksköterskor  | n= 170 (31)          | Flertalet av sjuksköterskorna kände till riktlinjerna men endast hälften hade god förståelse om innehållet. Det rådde oenighet mellan sjuksköterskor och läkare kring behandlingen (tid för påbörjan; oklara/felaktiga indikationer till behandling). En femtedel av deltagarna i studien hade under senaste året vägrat utföra palliativ sedering. Vidare fynd var att trots att flertalet av respondenterna ansåg sig ha goda kunskaper om palliativ sedering efterlyste några ökad utbildning om läkemedel, kommunikation, förfarande kring palliativ sedering samt teamarbete. | Hög<br>86%   |
| 2011, Nederländerna   |   |   |  |                      |  |              |
| Bansari Patel; Rita Gorawara-Bhat; Stacie Levine; Joseph W. Shega   | Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals                                 | Att ta reda på sjuksköterskors perspektiv och attityder om kunskaper och färdigheter som behövs för att administrera palliativ sedering, detta till grund för att utveckla riktlinjer om palliativ sedering på sjukhus  | En kvalitativ studie utifrån fyra fokusgrupper med sjuksköterskor inom olika specialiteter | n= 31                | Fem teman framträdde som viktiga för att utveckla policy för användande av palliativ sedering: 1. Förmåga att definiera begreppet, 2. Klargöra faktorer som avgör lämplighet för behandling, 3. Klargöra färdigheter som krävs för administrering av palliativ sedering, 4. Riktlinjer 5. Vidareutbildning inom ämnesområdet.  | Medel<br>79% |
| 2011, USA   |   |   |  |                      |  |              |
| Judith AC Rietjens; Jashua Hauser; Agnes van der Heide; Linda Emanuel   | Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation   | Att ta reda på om sjuksköterskors erfarenheter och attityder gentemot palliativ sedering utifrån hur den palliativa sederingen användes, hur den uppfattades av sjuksköterskorna samt sjuksköterskornas uppfattning om den palliativa sederingens effekt på döendet | En kvalitativ studie utifrån semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor               | n=16                 | I resultatet presenteras fyra teman vilka ligger till grund för användandet av palliativ sedering: 1. Fysiskt lidande 2. Icke-fysiskt lidande 3. Patientens önskan 4. Familjens bedrövan över att se patienten lida. Vad gällde påverkan på döendeprocessen ansåg sju sjuksköterskor att sederingen inte påverkade döendeprocessen, tre stycken ansåg att den möjligtvis gjorde det, men att det var acceptabelt då det var det enda sättet att minska patientens lidande Sex sjuksköterskor tyckte att sederingen gränsade till eutanasi och assisterat självmord.                | Hög<br>93%   |
| 2007, Nederländerna   |   |   |  |                      |  |              |
| Livia Anquetin; Kasper raus; Sigrid Sterckx; Tinne Smets; Luc deliens; Judith AC Rietjens   | Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: A focus group study | Att undersöka hur professionella vårdgivare ser på skillnader och likheter mellan permanent sedering och eutanasi   | En kvalitativ studie utifrån fyra fokusgrupper bestående av läkare och sjuksköterskor      | n=21                 | I resultatet framkommer att det ibland var svårt att skilja mellan eutanasi och permanent sedering. Framför allt blev det svårt då sedering gavs till patienter som ansågs ha en längre levnadstid eller då det upplevdes som att dosökningen inte var proportionerlig i förhållande till symtomlindringen. Vidare diskuterades även likheter och skillnader utifrån patientens önskemål och begäran, utifrån beslutsfattande samt utifrån vad intentionen med själva behandlingsformen (permanent sedering eller eutanasi).   | Medel<br>79% |
| 2012, Belgien   |   |   |  |                      |  |              |

|  |  |  |  |              |   |              |
|--|--|--|--|--------------|---|--------------|
| Tatsuya Morita; Mitsunori Miyashita; Rieko Kimura; Isamu Adachi; Yasuo Shima | Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy              | Att studera sjuksköterskors emotionella börda i förhållande till palliativ sedering samt vilka faktorer som påverkar bördan  | En kvantitativ studie utifrån en tvärsnittsenkät skickad till sjuksköterskor | n=3187 (580) | 12 procent angav att arbetet med sedering innebar en börda. Att sedera innebar en känsla av hopplöshet för 12 procent och 11 procent uppgav att de, om möjligt, skulle undvika att utföra sedering. 4 procent kände att det de bidragit med var av inget nytta. 30 procent av sjuksköterskorna ville lämna sina nuvarande arbetsplatser på grund av den börda sederingen medförde. Av de sjuksköterskor som uppgav hög nivå av börda associerad med sedering framkom olika anledningar. Dessa var bland annat: sjuksköterskorna var generellt yngre och hade kortare yrkeserfarenhet, att de fanns en brist i gemensam förståelse av sedering mellan läkare och sjuksköterskor, otillräcklig tid att vårda patienter, återkommande konflikter mellan familj och patient gällande önskemål, tankar om att sedering påskyndar döden, tankar kring svårigheter att diagnosticera obehandlingsbara symtom, sjuksköterskornas personliga värderingar gällande sedering samt att sedering etiskt sett var oskiljbart från eutanasi. | Hög<br>86%   |
| 2004, Japan  |  |  |  |              |   |              |
| Christine L. Zinn; Deirdre Moriarty  | Nurses' perceptions of palliative sedation in Scottish hospice         | Att utforska sjuksköterskor inom hospicevård. Kunskaper, erfarenheter och uppfattningar om palliativ sedering  | En kvalitativ studie utifrån semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor | n= 5         | Resultatet presenteras under tre teman: lidande [suffering], mod [courage] och frid [peace]. Sjuksköterskorna ansåg att sedering var riktig behandling när en patient med obehandlingsbara symtom var nära döden och andra insatser misslyckats. Lidande delades upp i total smärta, terminal plåga och andnöd. Sjuksköterskorna uppgav att teamet gav stöd vilket bland annat möjliggjordes via reflektioner på teammöten. De upplevde inte obehag i samband med beslut gällande palliativ sedering. De betonade betydelsen av teamarbete, vilket också möjliggjorde hanterbarhet [coping]. Deltagande sjuksköterskor förstod de etiska problemen och rättfärdigade sina handlingar.   | Medel<br>71% |
| 2012, USA  |  |  |  |              |   |              |
| Els Inghelbrecht; Johan Bilsen; Freddy Mortier; Luc Deliens                  | Continuous deep sedation until death in Belgium: a survey among nurses | Att studera kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter/anhöriga/läkare innan behandling med kontinuerlig sedering startas samt utröna hur sjuksköterskor upplever denna behandlingsform | En kvantitativ studie utifrån enkätstudie med sjuksköterskor                 | n= 250 (2)   | Ungefär tre fjärdedelar av sjuksköterskorna i studien menade på att kontinuerlig djup sedering delvis eller helt påskyndade döden. Studien visade på att kommunikation om sedering i större utsträckning sker mellan sjuksköterskor och närstående än mellan sjuksköterskor och patienter. I nära en femtedel av fallen förekom ingen kommunikation om sedering mellan sjuksköterskan och läkaren. Läkaren och sjuksköterskan fattade beslut tillsammans om sedering i cirka en fjärdedel av fallen. Sjuksköterskorna uppgav i högre grad att samarbetet var positivt när de ingått i beslutsprocessen med läkarna. Studiens deltagare var oftare med i beslutsfattandet i hemsjukvården och på boendet än på sjukhus. Sjuksköterskorna talade även oftare med de närstående om deras önskemål på boendena och i hemsjukvården än på sjukhusen.   | Hög<br>100%  |
| 2011, Belgien  |  |  |  |              |   |              |

|   |   |   |   |           |  |              |
|---|---|---|---|-----------|--|--------------|
| Alexandra C Beel; Pamela G Hawranik; Susan McClement; Paul Daeninck | Palliative sedation: nurses' perceptions  | Att studera sjuksköterskor erfarenhet och förhållning till användandet av palliativ sedering                | En kvalitativ studie utifrån semistrukturerade intervjuer             | n= 10     | Resultatet presenteras utifrån temat: att arbeta genom lervälling [working your way through the quagmire]. Detta uttryck ska illustrera komplexiteten sjuksköterskorna upplevde i och med sedering. "Lervällingen" innebar att de fick bena i frågor relaterade till deras personliga åsikter, värderingar, tidigare erfarenheter och relationen till patienten och dennes närstående. Sjuksköterskorna hade svårt att definiera begreppet palliativ sedering. Några deltagare uttryckte en osäkerhet kring användandet av sedering vid existentiell plåga och hur det gick att avgöra om psykologiska skäl var lämpliga indikatorer för sedering. Sjuksköterskorna uppgav att de var mer bekväma med att använda sedering om de kände patienten väl. Om patienten själv kommunicerade med sjuksköterskan att de befann sig i en outhärdlig situation upplevdes detta av sjuksköterskorna som närmast en lättnad.  | Medel<br>79% |
| 2006, Kanada  |   |   |   |           |  |              |
| Siv Venke Gran; Jean Miller   | Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation | Att studera om sjuksköterskorna upplevde palliativ sedering som ett etiskt problem och i sådana fall varför | En deskriptiv enkätstudie med både kvalitativa och kvantitativa delar | n=73 (72) | Resultatet visar på att 63 procent av sjuksköterskorna upplevde att sedering innebar ett etiskt dilemma. Detta relaterades till situationer när: patienten inte själv var involverad i beslutet, när de närstående önskade kunna fortsätta kommunicera med patienten samt de fall där sjuksköterskor upplevde osäkerhet kring faktisk symtomlindring då patienten inte kunnat kommunicera kring detta. I de fall då sjuksköterskorna kände till patientens värderingar och önskemål upplevdes inte sedering som problematisk. Sjuksköterskorna uppgav återkommande att palliativ sedering som behandling skall användas först då alla andra alternativ prövats.  | Medel<br>71% |
| 2008, Norge   |   |   |   |           |  |              |
| Åsa Nilsson; Camilla Tengvall                                       | One last opportunity: swedish nurses' experiences of palliative sedation            | Att belysa sjuksköterskors erfarenhet av palliativ sedering inom specialiserad palliativ vård               | En kvalitativ studie utifrån semistrukturerade intervjuer             | n= 14 (3) | I studiens resultat framkommer fyra huvudteman: självförtroende och ansvar, kommunikation och teamarbete, etiska aspekter samt palliativ sedering i praktiken. De flesta sjuksköterskorna i studien kände sig inte säkra på definitionen av palliativ sedering. De uppgav oenighet kring hur ofta behandlingen används. Några av deltagarna ansåg att outhärdlig smärta inte var tillräcklig indikator för sedering. Detta förklaras med att Midazolam inte har smärtlindrande effekt varpå sederingen kan lämna patienten i tillstånd av fortsatt smärta. De uttryckte en oro att patienten fortfarande befann sig i ett smärttillstånd trots sedering. Sjuksköterskorna såg beslutsfattandet som ett teamarbete men några deltagare uppgav att de inte kan påverka lärkarens beslut, något som upplevdes frustrerande. Vid de tillfällen då patienten inte blir fullständigt lindrad upplever sjuksköterskorna ett misslyckande. Majoriteten beskriver ett behov av stöd under och efter behandlingen med sedering. Sjuksköterskorna upplever ett tabu kring kommunikationen om sedering med patienten. I resultatet framkommer även ett etiskt dilemma kring skillnaden mellan palliativ sedering och eutanasi. | Hög<br>100%  |
| 2013, Sverige   |   |   |   |           |  |              |