



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

NÄRSTÅENDES UPPLEVELSER AV PALLIATIV SEDERING

En litteraturöversikt med avsikt att kartlägga deras situation

Maja Sundström & Tina Eliasson

| | |
|-------------------------|---|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 Hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet OM5250 |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht 2018 |
| Handledare: | Nabi Fatahi |
| Examinator: | Harshida Patel |
| | Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa |

Förord

Att skriva ett kandidatarbete har varit en utmaning men samtidigt givit oss kunskap om palliativ sedering. Vi vill framföra ett stort tack till varandra, för ett bra genomfört arbete med gott samarbete och goda skratt däremellan. Vidare vill vi tacka vår handledare, Nabi Fatahi. Du har stöttat oss och handlett med bravur. Slutligen vill vi tacka våra klasskamrater för goda råd och stöd genom hela arbetet samt vår examinator Harshida Patel, för att du genom dina kommentarer höjde arbetets kvalitet. Till sist, tack Ida för att du fick bort femman.

Maja Sundström & Tina Eliasson

Mölnlycke, 2018

| | |
|-------------------------|---|
| Titel (svensk) | Närståendes upplevelser av palliativ sedering |
| Titel (engelsk) | Relatives experiences of palliative sedation |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet OM5250 |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht 2018 |
| Författare | Maja Sundström & Tina Eliasson |
| Handledare: | Nabi Fatahi |
| Examinator: | Harshida Patel |

Sammanfattning:

BAKGRUND: Palliativ vård är den vårdform som inte syftar till att bota patienten utan att istället lindra symtom. Enligt svenska riktlinjer skall sjuksköterskan inom palliativ vård strukturera arbetet utifrån de fyra hörnstenarna: symtomlindring, teamarbete, kommunikation samt närstående. En behandlingsform inom palliativ vård är palliativ sedering och används när patienten upplever svårbehandlade symptom som gör att patienten utstår lidande. Behandlingen utgår från att sänka patientens medvetandenivå tills symtomen är under kontroll och kan även användas kontinuerligt till livets slut. Denna behandlingsform är omdebatterad samt innehåller element av moraliska och etiska frågeställningar både för sjuksköterskan och för närstående. Närstående skall bjudas in att delta i omvårdnaden av dessa patienter och är därför en utsatt grupp som sjuksköterskan har till uppgift att ge stöd. **SYFTE:** Kartlägga närståendes upplevelser av palliativ sedering utifrån de fyra hörnstenarna. **METOD:** Detta är en litteraturoversikt i syfte att sammanfatta det rådande forskningsläget kring närståendes upplevelser av palliativ sedering. En strukturerad informationssökning genomfördes i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus. Sökningen resulterade i 11 artiklar. **RESULTAT:** Närståendes upplevelser kategoriserades tematiskt utifrån de fyra hörnstenarna. Dessa teman inkluderade följande subteman: patientens och närståendes lidande, initiering av behandlingen, beslutsfattande, omvårdnad vid sederingsprocessen, information, patientens vilja, möjlighet att ta avsked, närståendes känslor, upplevelse av sedering samt eutanasi. Det framkom att närstående kan ha varierande upplevelser samt känslor kring denna behandling. **SLUTSATS:** Närståendes upplevelser har inte fått stor belysning genom forskningen. Deras upplevelser är en viktig aspekt att ta hänsyn till som sjuksköterska för att kunna ge dem de stöd de behöver under behandlingen. Många närstående upplevde en tillfredsställelse med behandling efter att de fått information om den eller sett hur patientens lidande minskat under behandlingen. Det är därför av stor vikt att vidare forskning genomförs för att kunna erbjuda närstående de stöd de är berättigade till.

Nyckelord: *Palliativ sedering, Närstående, Upplevelser, Familjecentrerad omvårdnad.*

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Palliativ vård..... | 1 |
| De fyra hörnstenarna | 2 |
| Palliativ sedering | 3 |
| Eutanasi | 4 |
| Tidigare forskning | 5 |
| Familjecentrerad omvårdnad/Definition av familj | 5 |
| Kommunikation mellan närstående och sjuksköterska inom palliativ vård | 6 |
| Sjuksköterskans juridiska och etiska ansvar..... | 6 |
| Etiska ställningstaganden | 7 |
| Problemformulering | 7 |
| Syfte | 8 |
| Metod | 8 |
| Litteratursökning | 8 |
| Urval | 9 |
| Dataanalys | 10 |
| Etiska Resonemang..... | 11 |
| Resultat..... | 11 |
| Tabell 1. Resultatredovisning | 12 |
| Symtomlindring | 12 |
| Lidande för patient och närstående | 12 |
| Initiering av behandling | 13 |
| Teamarbete | 14 |
| Beslutsfattande | 14 |
| Omvårdnad vid sederingsprocessen..... | 15 |
| Kommunikation | 16 |
| Information till närstående | 16 |
| Patientens vilja | 17 |
| Närstående | 17 |
| Möjlighet att ta avsked..... | 17 |
| Närståendes känslor | 18 |
| Upplevelse av sedering | 19 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Eutanasi..... | 19 |
| Diskussion | 20 |
| Metoddiskussion..... | 20 |
| Resultatdiskussion | 23 |
| Symtomkontroll | 23 |
| Teamarbete..... | 24 |
| Kommunikation | 24 |
| Närstående..... | 25 |
| Slutsats | 26 |
| Kliniska Implikationer..... | 27 |
| Framtida forskning | 27 |
| Referenslista | 28 |
| Bilagor | 34 |
| Bilaga 1, Söktabell..... | 34 |
| Bilaga 2, Artikelsammanfattning..... | 35 |

Inledning

Palliativ sedering är en behandlingsform inom palliativ vård och som är ovanlig i Sverige. Behandlingen används för att lindra symtom som anses outhärdliga för patienten. Symtomen kan exempelvis vara smärta, delirium, dyspné eller existentiellt lidande. Behandlingen går ut på att med hjälp av läkemedel försätta patienten i ett medvetslöst tillstånd, antingen intermitternt eller kontinuerligt till livets slut. Trots att det är en erkänd behandlingsform väcker palliativ sedering starka känslor både hos vårdpersonal, patient och närstående. Kritik har riktats mot behandlingen för att den påminner om eutanasi. Närstående till palliativa patienter erbjuds alltid att delta i omvårdnaden och är därför en utsatt grupp när det kommer till behandling som kan innebära etiska samvetskval. Närståendes upplevelser är svagt beskrivna i forskningen trots att de är dem som känner patienten bäst och skall hantera sorgen efter patientens bortgång. Med detta i åtanke är syftet med denna litteraturstudie att kartlägga vilka upplevelser närstående till patienter som mottagit behandling med palliativ sedering varit med om.

Bakgrund

Palliativ vård

Enligt World Health Organization (2018) ska palliativ vård syfta till att förbättra livskvaliteten hos patienter och dess närstående vid livshotande sjukdom. Vården skall beakta psykiska, fysiska, sociala samt existentiella behov. Döden betraktas som en normal process och vården skall varken försena eller påskynda den. Patienten skall erbjudas stöd för att leva aktivt och närstående skall få stöd för att hantera förlusten samt patientens sjukdom (ibid). Varje år avlider drygt 90 000 personer i Sverige och av dem bedöms ca 80 % haft behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018). Socialstyrelsen (2013) anger att vården skall kännetecknas av en helhetssyn av människan för att uppnå största möjliga välbefinnande vid livets slut oavsett vilken ålder eller sjukdom patienten har. Socialstyrelsens (2007) definition av patient är den person som är mottagare av hälso- och sjukvård och Socialstyrelsens (2004) definition på närstående anges som en person där en stark relation till den enskilde finns. Närstående kan därför definieras bredare än bara familj och blodsband utan även inkludera nära vänner.

Enligt Socialstyrelsen (2013) delas den palliativa vården in i två faser, den tidiga fasen samt den sena fasen. Den tidiga fasen syftar till att ge patienten den livsförlängande behandling som anses lämplig samt att utföra insatser som förhöjer livskvaliteten. Den tidiga fasen kan vara lång och det är inte alltid tydligt när en patient inträder i den tidiga palliativa fasen. Likväl är övergången till den sena palliativa fasen inte alltid självklar när den inleds och den kan vara flytande över tid. Vid övergång till den sena fasen går behandlingen från att ha varit livsförlängande till att bli symtomlindrande. Övergången skall ske när behandlingen inte längre är av mening för patienten, ger svåra biverkningar eller om patienten utstår lidande på grund av behandlingen. Dessa skeden skall leda till dialog med patienten samt närstående och kan vara en process över tid innan beslut tas (Ibid). Denna typ av lidande benämns som sjukdomslidande och uppstår i relation till sjukdom, trauma eller behandling (Eriksson, 2015). de Graeff och Dean (2007) definierar lidande som ett tillstånd en patient inte önskar uthärda. Svenska läkaresällskapet (2010) betonar att det är patientens egna värdering av sitt lidande som skall väga tyngst.

Palliativ vård kan bedrivas på alla ställen där människor vårdas såsom i hemmet, på sjukhus eller i särskilt boende. Beroende på patientens behov kan vården bedrivas av personal med allmän kunskap kring palliativ vård eller av ett team med specialiserade kunskaper kring palliativ vård. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa behov eller problem som inte kan tillgodoses av allmän palliativ omvårdnad (Socialstyrelsen, 2018).

De fyra hörnstenarna

Statens offentliga utredning (2001:6) fastställde att den palliativa vården skall utgå ifrån fyra hörnstenar. Dessa innefattar symtomkontroll i en bred definition, inte bara fysiska symtom utan även psykiska, andliga, existentiella samt sociala. Det skall utgå med respekt för patientens integritet och rätt till självbestämmande. Samarbete skall ske genom team där flera professioner ingår. Kommunikation samt relationer skall främja patienten och dennes livskvalité, både inom arbetslagen samt med patient och dennes närstående. Stöd skall även ges till närstående och dessa skall inbjudas att delta i vården om patienten vill. Vidare har närstående rätt till stöd både under sjukdomstiden och efter patienten avlidit.

Palliativ sedering

Enligt Eckerdal, Birr & Lundström (2009) finns det ingen entydig definition av begreppet palliativ sedering. The European Association of Palliative Care [EAPC] definition beskriver det som en övervakad användning av läkemedel där avsikten är sänkt medvetandenivå eller medvetslöshet för att minska lidandet av svårbehandlade symtom, på ett etiskt accepterat sätt för patient, närstående samt hälso- och sjukvårdspersonal (Cherny & Radbruch, 2009). Denna definition är den som avses när ordet palliativ sedering eller sedering används. De symtom som vanligen utgör indikation för sedering är smärta, delirium eller dyspné. Symtomen skall dessutom upplevas som outhärdliga för patienten. Sedering kan även användas för att lindra andra psykiska symtom (Cherny et al., 2009; de Graeff et al., 2007; Svenska Läkaresällskapet, 2010).

Det finns två typer av sedering; intermitterant samt kontinuerlig. Intermitterant sedering gör det möjligt att höja patientens medvetandenivå för att föra samtal med patienten, se om indikation för sedering kvarstår samt om patientens vilja kring sedering förändrats. Vid kontinuerlig sedering till livets slut har behoven bedömts vara permanenta och denna behandling kan ske både under längre samt kortare period (Socialstyrelsen, 2010). Vid kontinuerlig sedering anser Svenska Läkaresällskapet (2010) att patientens överlevnad skall förväntas vara mycket kort, cirka en till två veckor. Andra anger att den förväntade livslängden skall beräknas vara timmar till dagar (Cherny et al., 2009; de Graeff et al., 2007; Läkemedelsverket, 2010). Alla andra alternativ till behandling för att lindra svåra symtom skall vara prövade för att ha möjlighet att behandla patienten med sedering (de Graeff et al., 2007; Läkemedelsverket, 2010; Svenska Läkaresällskapet, 2010). Det finns stora skillnader mellan länder i hur vanligt förekommande palliativ sedering är. Forskning har visat skillnader från 14,6 % upp till 66,7 % av andelen patienter som erhåller behandlingen (Maltoni et al., 2012). Läkemedelsverket (2010) rekommenderar midazolam som förstahandspreparat både för intermitterant samt kontinuerlig sedering men betonar vikten av att inte sedera patienten djupare än att symtomen försvinner.

Eutanasi

Eutanasi är när en läkare eller annan person med avsikt dödar en människa med hjälp av läkemedel, under förutsättning att det är denna persons fria vilja och möjlighet att fatta kompetenta beslut som ligger till grund för handlingen. Det räknas inte som eutanasi ifall personen inte kan fatta beslutet eller det begås mot personens vilja. Det är då mord (Radbruch, Leget, Bahr, Müller-Busch, Ellershaw, de Conno & Berghe, 2016). Statens medicinsk-etiska råd [SMER] (2017) konstaterar i en kunskapssammanfattning att eutanasi inte är förenat med att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Utöver det löper även den läkare som utför eutanasin risk att förlora sin legitimation samt begå en brottslig gärning. Detta konstaterats efter att SMER (2017) har sammanställt rättsfall med utgången att det är förbjudet att beröva en människas liv även fast handlingen är utförd med personens samtycke samt medkänsla.

Ibland sammankopplas eutanasi med palliativ sedering. En tydlig skillnad mellan palliativ sedering och eutanasi ligger i syftet. Syftet med palliativ sedering är att minska lidande och avser inte att varken förlänga eller förkorta personens liv (de Graeff et al., 2007; Svenska läkaresällskapet, 2010). Denna skillnad i syfte styrks av forskning som visar att ingen skillnad har kunnat påvisas i överlevnadslängd genom att observera patienter som mottager palliativ sedering och jämföra mot de som symtomlindras på annat sätt (Barathi & Chandra, 2013; Maltoni et al., 2012).

Eutanasi skall inte heller blandas ihop med patientens autonomi och rätt att avstå från behandling. Socialstyrelsen (2011) fastslår att alla patienter har rätt att avsäga sig livsuppehållande behandling men vårdgivaren måste försäkra sig om att patienten fått anpassad information om sitt tillstånd och att patienten förstår information. Vårdgivaren måste även försäkra sig om att patienten förstår konsekvenserna av att avstå behandling, fått tid att överväga beslutet samt står fast vid sitt beslut. Det räknas då inte som dödshjälp utan är patientens rätt att avstå behandling. EACP klargör att eutanasi inte är en del av palliativ vård (Radbruch et al., 2016). Trots detta hävdar kritiker att palliativ sedering är moraliskt likställt med eutanasi (de Graeff et al., 2007). Det kan konstateras att palliativ sedering är en moralisk och etisk komplex fråga.

Tidigare forskning

Bruinsma, Rietjens, Seymour, Anquinet & van der Heide (2012) konstaterar i en review att kunskapsområdet inom närståendes erfarenheter av palliativ sedering är outforskat och att endast en liten del av den forskningen kommer från de närståendes egna berättelser. Av de 39 studier som artikeln analyserat är det endast tre stycken som behandlar information som de närstående själva har lämnat. Övriga resultat baseras på information som sjukvårdspersonal lämnat eller journalgranskningar. En stor del av forskningen kommer från Nederländerna samt från Japan. Resultatet av studien visar att majoriteten av de närstående är involverade i beslutsprocessen och att de får information om sederingen. Dock visar resultatet att stöd till närstående inte förekommer i de studier som granskas (Ibid). Eckerdal et al. (2009) studie visar att palliativ sedering är mycket ovanlig i Sverige och att endast sex promille av patienterna i studien var sederade. En av anledningen till detta är att ny kunskapsgenerering inom symtomlindring som idag finns att tillgå är mycket effektiv vilket gör att sedering inte alltid är nödvändig.

Familjecentrerad omvårdnad/Definition av familj

En familj kan definieras på olika sätt. Benzein, Hagberg & Saveman (2017) definierar familjen som en grupp människor vilka har känslomässiga band mellan varandra. Det innebär att den inte behöver bestå av den klassiska kärnfamiljen med en mamma, pappa och barn. En familj behöver därför inte ha blodsband utan består av en självdefinierad grupp av människor. Familjen kan därmed innehålla allt från syskon, föräldrar och barn till grannar samt vänner. Det viktigaste är att människorna har ett emotionellt band till varandra. Vidare menar Benzein et al. (2017) vikten av att belysa det faktum att det i denna definition även finns utrymme att utesluta människor som man inte ser som sin familj, trots att blodsband finns. Närstående i denna uppsats avser denna definition.

Familjecentrerad omvårdnad innebär att familjen ses som ett system där alla delar påverkar varandra. Det innebär att om förändring sker i en del, kommer det även att påverka de andra delarna. Denna teori grundar sig i förståelsen att alla människor ständigt befinner sig i sammanhang med andra (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2015). Detta kan vara både positivt och negativt. Om en individ i systemet bidrar med något positivt kommer detta influera resten av familjen på ett positivt sätt, likväl som om någon drabbas av något negativt

kommer det drabba familjen på ett negativt sätt (ibid). Vidare menar Benzein et al. (2017) att när familjecentrerad omvårdnad tillämpas förskjuts fokuset från den enskilde individen till gruppen vilket framhäver vikten av mångfald. Människor hänger ihop och för att hjälpa en människa behövs deras sammanhang förstås för att det ska finnas möjlighet att utöva en god omvårdnad.

Kommunikation mellan närstående och sjuksköterska inom palliativ vård

Sjuksköterskan ska utöva bra och effektiv kommunikation med patient och närstående. Det innebär att hen ska lyssna på patienten och dess närstående på ett empatiskt sätt. Det är också av stor vikt att närstående får relevant och tydlig information om patientens tillstånd och vad de kan förvänta sig av dödsprocessen (Gran & Miller, 2008). Inom den palliativa vården, vare sig om det är på en specialiserad enhet eller inom slutenvården, är det ofta sjuksköterskan som närstående primärt pratar med och ställer frågor till angående den palliativa sederingen.

Sjuksköterskan har därför en central roll som länk mellan patient, närstående och vårdpersonal (Claessens, Grenbruge, Vannuffelen, Boreckaert, Schotsmans & Menten, 2007). För att de närstående ska få en god förståelse för patientens symtom och minska risken för att de missuppfattar dem, är det viktigt att sjuksköterskan utbildar närstående om symtomen. Det kommer bespara de närstående onödigt lidande (Gran et al., 2008). Andra viktiga omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan ska utöva när en patient är sederad är bland andra lägesändringar för att förhindra trycksår och att hjälpa patienten med en god munhygien. Det senare nämnda kan sjuksköterskan lära närstående som då blir delaktiga i vården (Claessens et al., 2007).

Sjuksköterskans juridiska och etiska ansvar

Sjuksköterskans specifika kompetens är omvårdnad. Det innebär att hen ska ta självständiga kliniska beslut som ska ge människor möjlighet att bibehålla, förbättra eller återfå sin hälsa samt uppnå bästa möjliga livskvalité och välbefinnande fram till döden (SSF, 2017). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014) har sjuksköterskan fyra ansvarsområden.

Ansvarsområdena är att förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa samt lindra lidande. Vidare står det att sjuksköterskan ska visa respekt, lyhördhet och medkänsla. Sjuksköterskan ska även ansvara för att den enskilde individen får korrekt information på ett kulturellt anpassat sätt.

En av lagarna sjuksköterskan ska arbeta utifrån är Patientlagen (SFS 2014:821). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) kapitel 3 1§ har patienten alltid rätt att få tillräcklig information om bland annat sitt hälsotillstånd, behandling samt risker och komplikationer till den. Vidare menar ovan nämnda lag, kapitel 3 4§, att om patienten av någon anledning inte kan ta emot den givna informationen ska den istället lämnas till en närstående. Lagen nämner även i kapitel 5 1§ att hälso-och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Lagen säger vidare i kapitel 5 3§ att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen samt genomförandet av vården om detta är lämpligt och om sekretess inte kommer emellan.

Etiska ställningstaganden

Autonomiprincipen innebär att alla människor har rätt till självbestämmande. Det medför att människor samtidigt har en moralisk skyldighet att respektera andras rätt till att göra sina egna val, så länge det inte skadar andra individer allvarligt. I vården implementeras detta genom att patienten ska ge sitt samtycke till den omvårdnaden och behandling som erbjuds. Om en individ är medvetandesänkt är dennes autonomi förminskad vilket resulterar i svårigheter att självständigt fatta beslut och resulterar i att bli kontrollerad av andra (Sandman & Kjellström, 2018). I palliativ sedering är patientens autonomi central. Enligt Rodrigues, Crokaert och Gastmans (2018) måste patienten vara välinformerad om behandlingen och förstå innebörden i den. Det är därför av betydelse att patienten är lucid när informationen ges och när ett beslut tas. Om patienten inte är kapabel att fatta beslut är det i många fall närstående som får göra det. Det innebär att de närstående får ett stort ansvar att föra patientens talan och därmed bevara dennes autonomi. Därför blir palliativ sedering ett etiskt dilemma även för närstående.

Problemformulering

Palliativ vård ska grunda sig i de fyra hörnstenarna symtomlindring, teamarbete, kommunikation och stöd till de närstående. Det är sjuksköterskans ansvar att arbeta utifrån dessa principer när palliativ vård ges och inkluderar ett ansvar för patientens närstående. Inom palliativ vård är närstående ofta aktivt involverade och delaktiga i omvårdnaden och riskerar därför att påverkas av de etiska dilemman som kan uppstå. Vid behandling med palliativ sedering sänks patientens medvetandegrad och denne kan inte längre uttrycka sin åsikt, vilket

leder till att de närstående kan behöva fatta beslut kring patienten samt föra dennes talan. Denna påverkan på patientens autonomi kan leda till etiska dilemman. Hur förstår och upplever de närstående behandlingen och hur påverkar det dem att fatta beslut kring sin älskade. För att vi som sjuksköterskor skall kunna möta dessa närstående och deras behov behöver vi förstå hur de upplever behandlingen och vad de har för behov av stöd. Tidigare forskning har fokuserat på vad vårdpersonal berättar om de närståendes perspektiv. För att ha möjlighet att ge god omvårdnad och stöd till närstående är det angeläget att kartlägga hur de närstående upplever sedering i palliativt syfte.

Syfte

Kartlägga närståendes upplevelser av palliativ sedering utifrån de fyra hörnstenarna.

Metod

En litteraturöversikt genomfördes i syfte att kartlägga närståendes upplevelser vid palliativ sedering och innefattar både kvalitativa samt kvantitativa artiklar. Detta för att sammanställa det rådande forskningsläget vilket sker genom att arbeta systematiskt och detaljerat redovisa arbetsprocessen (Segesten, 2017).

Litteratursökning

För att säkerställa att det fanns ett tillfredsställande antal artiklar inom ämnet genomfördes en inledande litteratursökning. Denna inledande litteratursökning utgår från syfte och problemformulering (Friberg, 2017). Efter att den inledande litteratursökningen utfördes gjordes en systematisk informationssökning i databaserna PubMed och Cinahl. PubMed är en databas som tar upp medicinska artiklar medan Cinahl lägger fokus på omvårdnad (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Vidare genomfördes sökningar i Scopus, en tvärvetenskaplig databas (Östlundh, 2017), utan att några nya resultat påträffades. De artiklar som framkom i Scopus och som var av intresse hade redan påträffats i PubMed eller Cinahl. Dessa databaser valdes ut eftersom deras områden upplevdes relevanta för att få en helhet av närståendes upplevelser vid palliativ sedering.

Sökorden som användes grundar sig i syftet och översattes i Swedish MeSH. Först påbörjades sökningar med orden *palliative sedation* och *family*. Vid dessa sökningar framkom att termen

terminal sedation också förekommer varpå sökningar innehållandes båda termer användes. Vidare användes synonymer på *family* för att få en mer komplex sökbild. Ordet *upplevelse* lades till för att hitta fler artiklar som utforskade närståendes upplevelser. De sökord som användes var: *Family, Relatives, Palliative Sedation, Terminal Sedation* och *Experience*. Sökorden användes i olika kombinationer i olika sökningar. Sökningarna genererade inte mer än 74 sökträffar som mest vilket bedömdes vara rimligt att gå igenom för att hitta relevanta artiklar.

För att säkerställa att inga artiklar av värde missades användes vid en sista sökning trunkering. Trunkeringen användes på orden "*Family*" samt "*Experience*". Metoden medför att alla böjningar av ordet inkluderas (Östlundh, 2017). Inga nya artiklar påträffades efter att trunkeringen adderats. Vidare användes även boolesk söklogik. Tekniken används för att kombinera olika sökord på ett tillfredsställande sätt. De sökoperatorer som användes var AND och OR. AND användes för att koppla ihop två söktermer. OR användes för att databaserna skulle ta hänsyn till synonymer eller olika benämningar (Östlundh, 2017). För att få fram fler relevanta artiklar genomfördes en manuell sekundärsökning. Det innebär bland annat att de valda artiklarnas referenslistor genomsöks för att få fram ytterligare artiklar av intresse (Östlundh, 2017). Detta gav dock inget nytt resultat. En del artiklar kunde uteslutas redan på titelnivå medan flertalet behövdes abstraktet läsas igenom för att bedöma dess relevans för syftet. Ett par artiklar lästes i fulltext för att bedöma om de svarade på syftet. Flertalet artiklar hittades i flera av sökningarna. Dubbletterna redovisas inte i sök tabellen. Sökningarna som utfördes återfinns i bilaga 1.

I den strukturerade sökningen gjordes begränsningar. I Cinahl var begränsningen att artiklarna skulle vara originalartiklar och peer reviewed samt publicerade mellan år 2004 och år 2018. Ambitionen var att sammanfatta de senaste fem årens forskning. Årtalen vidgades successivt från fem år till 15 år eftersom det framkom under sökningen att det valda ämnet inte var väl beforskat. I PubMed var begränsningarna att artiklarna skulle vara mellan fem till tio år gamla.

Urval

Urvalet grundar sig i inklusions respektive exklusionskriterier (Friberg, 2017).

Inklusionskriterier som tillämpades i samtliga databaser var att artiklarna skulle vara skrivna

på engelska och vara en vetenskaplig artikel som var peer reviewed samt att syftet skulle utgå ifrån närståendes upplevelser. Artiklarna fick inte vara äldre än 10 år för att sammanfatta det senaste forskningsläget. Dock valdes en artikel som var äldre än tio år, detta eftersom kvalitén på artikeln ansågs hög samt att forskningsläget är begränsat. Artikeln är från 2004 och belyser närståendes upplevelser och en bedömning att upplevelser inte förändras över tid gjordes. Exklusionskriterier för samtliga databaser var att artiklarna inte fick behandla ämnet barn och ungdomar utan endast vuxna individer. Sökningen resulterade i 11 artiklar.

Dataanalys

När artiklarna valts ut granskades de kvalitativa artiklarna enligt SBU:s (2014) granskningsmall. De kvantitativa artiklarna bedömdes med hjälp av Fribergs (2017) granskningsmall. När granskningen genomfördes läste båda författarna artiklarna för att sedan enskilt granska dem utifrån nämnda granskningsmallar. Efter att den enskilda granskningen var genomförd jämfördes författarnas resultat och en gemensam slutsats om varje artikels kvalitet fastställdes. Denna granskningsmetod stärker litteraturöversiktens reliabilitet (Henricson, 2017). När artiklarnas kvalitet bedömts vara tillräckligt hög för att ingå i denna litteraturöversikt lästes dem flertalet gånger. Först enskilt och sedan båda författarna tillsammans för att kunna diskutera och plocka ut essensen av artiklarna. Friberg (2017) framhåller att det är lämpligt att göra en översiktstabell av artiklarna för att skapa en överskådlighet som är till hjälp för analysen. I enlighet med det skapades därför en översiktstabell, se bilaga 2.

Därefter påbörjades arbetet med att analysera artiklarnas resultat med en deduktiv ansats. En deduktiv ansats utgår från en vetenskaplig teori och innehåller teoretiskt baserade frågeställningar (Priebe & Landström, 2017). Denna litteraturstudie utgår från teorin om den palliativa vårdens fyra hörnstenar. I enlighet med Fribergs (2017) analys av en litteraturstudie lades de delar av resultatet i artiklarna som berör samma ämne eller tema ihop till ett subtema. När alla subteman identifierats placerades dessa under det tema utifrån de fyra hörnstenarna där de bedöms passa in. Samstämmighet uppnåddes genom att båda författarna gemensamt diskuterat samt haft en kritisk genomgång av resultatet flertalet gånger. Båda författarna har läst igenom de inkluderade studiernas resultat flertalet gånger för att försäkra sig om att alla resultat av intresse för studiens syfte inkluderats.

Etiska Resonemang

När forskning genomförs kommer etiska ställningstaganden behöva tas genom hela processen. De etiska frågeställningarna uppkommer konstant i ett projekt och kan uppstå i relation till deltagarna, andra studenter eller vetenskapssamhället. Forskningsetik är främst till för att värna om alla livsformer samt om människors grundläggande rättigheter och värde. De personer som medverkar i studien ska skyddas. För att detta ska vara möjligt finns internationella riktlinjer, etiska principer och svensk lagstiftning som forskarna ska följa. För att en studie ska vara möjlig att motivera etiskt ska följande avseenden tas i beaktning: studien ska handla om väsentliga frågor, ha god vetenskaplig kvalitet samt genomföras på ett etiskt sätt (Kjellström, 2017). Samtliga artiklar som användes i denna litteratursökning har på dessa grunder fått ett etiskt godkännande för att genomföra studien.

Resultat

Denna litteraturstudie bygger på 11 vetenskapliga artiklar. Artiklarna härstammar från Israel (Tursunov et al., 2016), Taiwan (Shen et al., 2018), Italien (Mercadante et al., 2009), Japan (Morita et al., 2004), Sydkorea (Eun et al., 2017), Schweiz (Wayne-Bossert et al., 2013) samt Nederländerna (Dooren et al., 2009). Fyra av artiklarna är skrivna genom ett samarbete mellan Storbritannien, Belgien och Nederländerna: UK Netherlands Belgium International Sedation Study (UNBIASED) (Bruinsma et al., 2013; Bruinsma et al., 2014; Bruinsma et al., 2016 & Raus et al., 2014). Alla valda artiklar behandlar de närståendes perspektiv av palliativ sedering. Sju stycken av artiklarna är kvantitativa (Bruinsma et al., 2016; van Dooren et al., 2009; Mercadante et al., 2009; Morita et al., 2004; Shen et al., 2018; Tursunov et al., 2016 & Wayne Bossert et al., 2013) och fyra stycken är kvalitativa (Bruinsma et al., 2013; Bruinsma et al., 2014; Eun et al., 2017 & Raus et al., 2014). En av de kvantitativa artiklarna är utförd genom journalgranskning (van Dooren et al., 2009). Resultatet är kategoriserat tematiskt utifrån de fyra hörnstenarna inom palliativ vårdfilosofi med tillhörande subteman och redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Resultatredovisning

| Symtomlindring | Teamarbete | Kommunikation | Närstående |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------|--------------------------|
| Lidande för patient och närstående | Beslutsfattande | Information | Möjlighet att ta avsked |
| Initiering av behandling | Omvårdnad vid sederingsprocessen | Patientens vilja | Närståendes känslor |
| | | | Upplevelse av sederingen |
| | | | Eutanasi |

Symtomlindring

Att lindra symtom och lidande är fundamentalt under palliativ vård. De närstående ansåg att lindring av patientens symtom var den största anledning till att behandling med palliativ sedering initierades. Närstående kunde även uppleva att det funnits andra metoder än palliativ sedering för att lindra patientens lidande. Närstående uppgav att de själva upplevde lidande när patienten led.

Lidande för patient och närstående

Enligt närstående är symtomlindring av största vikt för att patienten ska besparas det lidande som uppkommer i samband med den palliativa fasen. De närstående önskar att patienten ska få en lugn och fridfull död (Eun, Hong, Bruera & Kang, 2017). Majoriteten av de närstående ansåg att patienten led av sina symtom innan palliativ sedering initierades (Morita et al., 2004; Tursunov, Cherny & Ganz, 2016). Vidare ansåg en övervägande del att palliativ sedering skulle lindra de symtom som deras älskade upplevde (Mercadante, Intravaia, Villari, Ferrera, David & Casuccio, 2009; Vayne-Bossert & Zulian 2013). Närstående ansåg att den största faktorn till att behandlingsformen initierades var för att lindra patientens lidande (Bruinsma, Rietjens & van der Heide, 2013; Bruinsma et al., 2014).

Majoriteten av de närstående ansåg att palliativ sedering som behandlingsform i livets slutskede gav adekvat smärtlindring och därmed minskade patientens lidande (Tursunov et

al., 2016.; Mercadante et al., 2009.; Morita et.al., 2004). van Dooren, van Veluw, van Zuylen, Rietjens, Passchier och van der Rijt (2009) visar i sin studie att 29% av de närstående uttryckte oro relaterat till patientens lidande under den palliativa sederingen. Då det förekom att patienter stönade under sederingen blev de närstående oroliga över att patienten inte var adekvat smärtlindrad och därmed upplevde ett lidande. De närstående fick då information av vårdpersonal som förklarade symtomen och i vissa fall administrerades en högre dos smärtlindring till patienten (Ibid).

En tanke som väcks hos de närstående i och med behandling med palliativ sedering är om det fanns andra sätt att lindra patientens symtom (Bruinsma et al., 2014). Shen, Chen, Cheung, Wang, Lee och Lin (2018) visar att 74,19% av de närstående vars älskade vårdades på en intensivvårdsavdelning funderade över om de fanns andra sätt att lindra symtomen, medan 90,2% av de närstående vars älskade befann sig på en specialiserad palliativ avdelning funderade över samma sak. Morita et al. (2004) belyser i sin studie att 20% av de närstående ansåg att det fanns alternativa vägar att gå för att lindra symtomen. Vayne-Bossert et al. (2013) menar att nio av tio närstående anser att alla andra metoder för symtomlindring var prövade innan palliativ sedering blev aktuellt. Slutligen visar Tursunov et al. (2016) att närstående anser att palliativ sedering är ett etiskt korrekt sätt att lindra lidande när inga andra alternativ finns att tillgå. De närstående i studien poängterar vikten av att deras älskade inte lider. En del närstående i studien gjord av Eun et al. (2017) ansåg inte att patientens symtom, exempelvis smärta eller dyspné, kunde bli lindrade av palliativ sedering.

Under den palliativa sederingen led inte bara patienterna till följd av symtomen, utan även de närstående. De närståendes lidande mättes med hjälp av en visuell analog skala (VAS). Skalan mäter 1–10 där 1 symboliserar inget lidande och 10 ett extremt lidande. Under den palliativa sederingen uppmättes de närståendes lidande till 5,6 (Vayne-Bossert et al., 2013). Enligt van Dooren et al. (2009) och Bruinsma et al. (2013) upplevde de närstående ett lidande som var kopplat till att se deras älskade lida. Därmed upplevde de närstående att palliativ sedering blev en lättnad och minskade lidandet både för de närstående och patienten.

Initiering av behandling

De flesta närstående anser att beslutet kring palliativ sedering borde fattas innan lidandet blir så stort att patienten inte kan tillgodose sig information kring behandlingen (Eun et al., 2017).

Många närstående bedömde att sederingen startat vid rätt tidpunkt (Morita et al., 2004; Vayne-Bossert et al., 2013; Tursunov et al., 2016). Några upplevde att behandlingen initieras för sent (Morita et al., 2004; Vayne-Bossert et al., 2013). Fåtalet närstående upplevde att sederingen inletts för tidigt (Morita et al., 2004).

Teamarbete

Under palliativ omvårdnad skall flera professioner samt närstående och patient tillsammans vara ett team för att ge patienten största möjliga livskvalité. Vem som fattar beslutet kring palliativ sedering kan väcka känslor hos närstående. Närstående upplevde att patienten fick god omvårdnad efter att behandlingen med palliativ sedering inletts.

Beslutsfattande

För att palliativ vård ska initieras måste ett beslut tas. Beslutet tas vanligen av en läkare, men efter diskussion med närstående och ifall möjlighet finns även i samråd med patienten (Bruinsma et al., 2013; Mercadante et al., 2009). Enligt van Dooren et al. (2009) hade 33% av patienterna inte möjlighet att fatta beslut om behandlingen på grund av deras symtombild. I dessa fall diskuterade läkaren behandlingen tillsammans med patientens närstående. Samtliga närstående gav tillstånd till att utföra den palliativa sederingen (van Dooren et al., 2009; Mercadante et al., 2009). I en studie gjord av Vayne-Bossert et al. (2013) gav 80% av de närstående sitt samtycke. I övriga fall fanns det inte möjlighet att få samtycke eftersom patienterna drabbades av akut konfusion som krävde omedelbar behandling. Det förekom att läkaren fattade beslutet att starta palliativ sedering utan att informera de närstående. De närstående upplevde då förvirring eftersom de inte förstod varför behandlingen initierades (Bruinsma et al., 2013). En del närstående kände sig inte delaktiga i beslutet kring sedering utan upplevde att det var sjukvårdspersonalens beslut (Raus et al., 2014).

I somliga fall uppstod konflikter i relation till beslutsfattandet. 15% av de närstående var inte samstämmiga i beslutet. 9,7% av konflikterna om beslutsfattande uppkom i relation mellan familjen och vårdpersonalen. 7,6% av konflikterna uppstod mellan patient och närstående (Morita et al., 2004). Enligt Tursunov et al. (2016) fanns i princip inga oenigheter mellan de olika parterna involverade i beslutsprocessen. Det råder delade meningar om familjen anser att de behöver mer tid att diskutera beslutet gemensamt i familjen. 17% av de närstående i studien gjord av Morita et al. (2004) ansåg att de behövde mer tid medan 73,2–90,32% av de närstående i artikeln av Shen et al. (2018) ansåg samma sak.

De närstående besitter i vissa fall delade meningar om vem som ska ta beslutet om palliativ sedering. De närstående vars åsikt är att patienten själv ska ta beslutet baserar sina argument på att patienten har rätt till självbestämmande samt att de under hela vårdprocessen fått information om att patienten själv ska ta beslut relaterade till sin pågående behandling (Eun et al., 2017). Andra närstående ansåg att det blir svårt för patienten att fatta beslutet eftersom de fortfarande besitter ett stort hopp. De kan därför inte ta ett rationellt beslut och därmed är närstående bättre lämpade att genomföra det. Ytterligare ansåg närstående att läkaren var den som skulle ta beslutet eftersom hen besitter kunskap och expertis inom området (ibid). Många närstående upplevde ångest och oro över att behöva fatta beslut om deras älskade ska erhålla palliativ sedering eller inte. 51% av de närstående upplevde beslutsfattandet som en belastning (Morita et al., 2004). På en intensivvårdsavdelning upplevde 48,39% av de närstående ångest relaterat till beslutsfattandet jämfört med 68,3% av de närstående på en specialiserad palliativ enhet (Shen et al., 2018).

Omvårdnad vid sederingsprocessen

Majoriteten av de närstående ansåg att sjuksköterskorna och läkarna besökte deras älskade lika ofta som innan sederingen initierades eller mer frekvent (Vayne-Bossert et al., 2013; Morita et al., 2004). 95% av de närstående upplevde att sjuksköterskan utförde god omvårdnad av patienten under sederingen (Vayne-Bossert et al., 2013). Vidare var de närstående helt överens om att vårdpersonalen visade medkänsla och brydde sig om både de närstående och deras älskade (Shen et al., 2018). Morita et al. (2004) menar däremot att 15% av de närstående ansåg att vårdpersonalen kunde visat en högre grad av medlidande. Problem uppstod när närstående fick motsägande uppgifter från olika vårdgivare (Bruinsma et al., 2013). Av de närstående menade 20% att vårdpersonalen kunde gjort mer för att göra tiden innan patientens död mer uthärdlig, till exempel kunde vårdpersonalen lagt mer tid till att lyssna på de närstående, givit mer information och visat större uppmärksamhet på patientens behov (Bruinsma, van der Heide, van der Lee, Vergouwe & Rietjens, 2016). Närstående uttrycker ibland en stor frustration över att sjuksköterskor inte är auktoriserade att fatta beslut som gäller vården samt att det inte finns läkare tillgängliga på helger. Vissa närstående upplevde att de inte blev tagna på allvar av läkaren men av sjuksköterskorna. Överlag var närstående nöjda med vårdpersonalen (Bruinsma et al., 2013)

Närstående kunde ge vårdpersonalen information kring patientens välmående till exempel genom att berätta att deras älskade var smärtpåverkad om vårdpersonalen inte uppmärksammat det (Bruinsma et al., 2013). 14% upplevde att det inte var meningsfullt att stanna hos patienten efter att sederingen påbörjats (Morita et al., 2004). En närstående upplevde att det var omöjligt att stanna efter att sederingen initierats då hen redan tagit avsked av sin älskade (Bruinsma et al., 2014). Bruinsma et al. (2016) visade att 83% av närstående var involverade i patientens vård den sista veckan i livet och 60 % var närvarande vid dödstillfället. 61 % av de närstående turades om att ta hand om patienten på en palliativ vårdavdelning (Shen et al., 2018). Vissa närstående hade förberett för patientens död genom att prata om begravningsarrangemang (Eun et al., 2017).

Kommunikation

Att få kontinuerlig och korrekt information är viktigt både för patient samt närstående för att kunna fatta ett informerat beslut. Många närstående kände inte till palliativ sedering förrän kort innan behandlingen inledes och närstående kunde också önska att de pratat igenom alternativ med patienten för att säkerställa vad som är patientens önskan.

Information till närstående

Många närstående kände inte till att behandling med palliativ sedering existerade fram tills den dag då behandlingen startade (Tursunov et al., 2016). Närstående från Belgien och Nederländerna uppgav att de hade tidigare erfarenheter från palliativ sedering i omhändertagandet av en annan närstående och andra uppgav att läkaren förklarat konceptet för dem. Närstående från Storbritannien var osäkra på vad användandet av palliativ sedering innebar vilket även vissa närstående från Nederländerna och Belgien upplevde. Osäkerheten ledde emellanåt till oro hos de närstående (Bruinsma et al., 2014). Information och kommunikation mellan patient, närstående, läkare och annan vårdpersonal ansågs vara av stor betydelse för närstående. Många närstående upplevde att vårdpersonal diskuterat problem vid vård i livets slutskede med dem i olika skeden i sjukdomsprocessen (Bruinsma et al., 2013). Vidare menar 88–90% av de närstående att de fick tydlig och adekvat information om palliativ sedering (Vayne-Bossert et al., 2013; Morita et al., 2004; Bruinsma et al., 2016). En närstående upplevde att hen fick för mycket information om behandlingsformen (Vayne-Bossert et al., 2013). Bruinsma et al. (2013) visar att nio av 14 deltagare i studien någon gång har varit missnöjda med mängden information som erhållits av vårdpersonalen. En del av dessa närstående var mycket kritiska till detta faktum medan andra bara nämnde det.

Vissa närstående som fått information om palliativ sedering uttryckte ett behov av att behöva väcka upp patienten om sedering pågick under en längre tid för att försäkra sig om att deras älskade mådde bra (Eun et al., 2017). Tidsintervallet från att de närstående hade informerats om palliativ sedering tills att behandlingen verkställdes varierade. 22% av de närstående fick information dagen innan behandlingen eller senare, 32% fick information en dag till en vecka innan, 22% en vecka till en månad innan samt 9,7% fick information tidigare än en månad innan behandlingsstart (Morita et al., 2004).

Patientens vilja

Det är av stor vikt att de närstående pratar med sina älskade om deras vilja angående den palliativa fasen och den behandling som det medför. Mer än hälften av de närstående hade inte pratat med sin älskade om palliativ sedering och hade därför ingen uppfattning om deras vilja (Tursunov et al., 2016). 33,3–55% av patienterna uttryckte en stark vilja att bli sederade för att undvika terminalt lidande (Mercadante et al., 2009; Morita et al., 2004). Vissa patienter kunde inte uttrycka sin vilja (Morita et al., 2004). Vidare menar vissa närstående att de var ovetandes om patientens egna vilja och att de även var motvilliga att diskutera ämnet med sina älskade. När deras älskade nämnde att hen inte förväntade sig att överleva uppmuntrade närstående hen att fortsätta vara hoppfull istället för att trösta patienten (Eun et al., 2017). När närstående kunnat hedra patientens önskemål kring palliativ sedering kände de att den bidragit till kvalitet i döendeprocessen (Bruinsma et al., 2014).

Närstående

Närstående skall bjudas in att delta i vården och erbjudas stöd. Närstående uppskattade att kunna ta avsked till patienten. Att vara närstående till en patient som mottog palliativ sedering ledde till många starka känslor varav den främst nämnda var oro. Palliativ sedering var även en möjlighet på att förbereda sig på att patienten snart skulle avlida. En del närstående upplevde att palliativ sedering påminde om eutanasi varav vårdpersonalen fick förklara ett dessa två inte hör samman.

Möjlighet att ta avsked

I Nederländerna och Belgien värderades möjligheten att genomföra ett avsked högt, antingen före sedering påbörjades eller i ett tidigt skede av den (Bruinsma et al., 2014). I en annan studie från Nederländerna upplevde 66% sig fått möjlighet att säga hejdå och 24% mer eller

mindre haft möjlighet (Bruinsma et al., 2016). 9 av 10 närstående i Schweiz upplevde att de hade tillräckligt med tid att säga hejdå till sin älskade (Vayne-Bossert et al., 2013). Vissa närstående såg dock det planerade avskedet som något negativt och beskrev det som en "karneval" när alla närstående samlades runt patienten. När oväntade händelser inträffade såsom att patienten vaknade upp ur sederingen upplevdes det som stressande och störde avskedet. Närstående i Storbritannien upplevde dock dessa uppvaknande som mer välkomnande och inte lika stressande. I Storbritannien var det inte heller lika vanligt med ett planerat avsked utan avskedet var mer en process över tid (Bruinsma et al., 2014).

Närståendes känslor

Oro var en känsla frekvent beskriven hos närstående vars älskade behandlades med palliativ sedering. 51 % av närstående uttryckte oro efter att den palliativa sedering inletts. Flera anledningar till oro kunde identifieras (van Dooren et al., 2013). Dessa anledningar kan vara oro för patientens välmående och oro för sig själv som närstående (Bruinsma et al. 2014; van Dooren et al., 2009.). Även bördan över att fattat beslutet om palliativ sedering orsakade oro (Morita et al., 2004; Shen et al., 2018). Oro för patienten kunde uppstå när patienten inte somnade så fort som förväntat, att patienten inte är tillräckligt sövd för att lindra lidandet eller att patienten sover djupare än nödvändigt (Bruinsma et al., 2014). Närstående upplevde även oro om patienten vaknade upp efter sederingen initierats (Bruinsma et al., 2013; Bruinsma et al., 2014). Närstående beskrev också höga stressnivåer av att se sin älskade genomlida sina sista dagar i livet sederad men med kvarstående symtom (Raus et al., 2014). Flera närstående kände sig inte redo för förändringarna i patientens mående (Morita et al., 2004; Tursunov et al., 2016; Shen et al., 2018). Över 50 % av närstående upplevde oro över att de inte kunde kommunicera med patienten efter sederingen påbörjats (Morita et al., 2004; Shen et al., 2018). När deras älskade vårdades på en intensivvårdsavdelning angav 87 % av närstående att de upplevde oro över att inte kunna kommunicera med dem (Shen et al., 2018).

Oro för sig själv som närstående inkluderade känslor av utmattning, sömnbrist eller outhärdliga känslor av att se en familjemedlem dö (van Dooren et al., 2009). 25% av de närstående uppgav att de upplevde hög emotionell stress av sederingen (Morita et al., 2004). Ju längre sederingen pågick desto vanligare blev det för närstående att uttrycka oro (van Dooren et al., 2009). En sedering som pågick länge ökade bördan för de närstående och påverkade deras välmående negativt (Bruinsma et al., 2013). Närstående trodde att de kunde

hantera sederingen men ju längre den pågick desto jobbigare blev det (Bruinsma et al., 2014). Närstående oroade sig för att en lång sedering kunde leda till att patienten upplevde stress (Eun et al., 2017).

Den upplevda närheten till patienten påverkade även nivåerna av sorg hos närstående. Närstående som uppgav att de hade en nära relation till patienten upplevde mer sorg tre dagar efter bortgången än de som skattade sin relation som mindre nära. Sorgen hos närstående var överlag högre hos de vars älskade vårdats på en palliativ vårdavdelning än om de vårdats på en intensivvårdsavdelning (Shen et al., 2018). En jämförelse mellan närståendes hälsa till både sederade och icke sederade patienter visade ingen skillnad i närståendes välmående tre månader efter bortgången. Inte heller i livsnöjdhet, generell hälsa eller mental hälsa kunde skillnader påvisas mellan de närstående vars älskade fått sedering eller ej. 5% av närstående till patienter som fått sedering upplevde att vårdpersonal kunde gjort mer för att göra tiden efter bortgången lättare (Bruinsma et al., 2016).

Upplevelse av sedering

Närstående upplevde att sederingen bidrog till att patienten hade en god död och beskrev döden som fridfull, vacker och värdig (Bruinsma et al., 2014). Närstående kände även glädje när de kunde fullfölja patientens önskemål om var de ville dö. Vissa närstående upplevde sederingen som en möjlighet att förbereda sig på förlusten av den älskade eftersom de visste att döden var nära (Bruinsma et al., 2013). 70–90% av närstående ansåg att sedering respekterade patientens värdighet (Morita et al., 2004; Tursunov et al., 2016; Shen et al., 2018). Stor skillnad upptäcktes dock hos närstående vars älskade vårdades på en intensivvårdsavdelning där endast 6,45 % upplevde samma sak (Shen et al., 2018). För vissa närstående var en bra vårdmiljö en upplevelse som kunde ge tillfredsställelse (Bruinsma et al., 2013). På en VAS skala där 1 innebar inte alls nöjd och 10 extremt nöjd skattade närstående den generella nöjdheten med sjukhusvården väldigt högt med ett medelvärde på 9,4 (Wayne-Bossert et al., 2013). 78% skattade nöjdhet med palliativ sedering på någon av dessa nivåer, helt nöjd, väldigt nöjd, nöjd eller ganska nöjd (Morita et al., 2004).

Eutanasi

Många närstående refererade till eutanasi på något sätt (Bruinsma et al., 2013; Bruinsma et al., 2014). Vissa skiljde tydligt sedering från eutanasi i hänsyn till vad avsikten med

behandlingen var medan andra närstående såg sedering som en långsam form av eutanasi (Bruinsma et al., 2013). Närstående kunde oro sig för att palliativ sedering påminde om eutanasi genom att inducera döden, denna oro hanterades genom att ge mer information eller upprepa den redan givna informationen (van Dooren et al., 2009). När patienten själv uttryckt önskemål kring eutanasi kunde läkaren istället erbjuda palliativ sedering som ett etiskt mer accepterat alternativ (Bruinsma et al., 2013). De flesta närstående upplevde att läkaren inte ville påskynda dödsprocessen (Tursunov et al., 2016). Närstående blev ibland frustrerade när eutanasi inte längre kunde erbjudas eller refererade till patientens tidigare önskemål om eutanasi (van Dooren et al., 2009). Dessutom undrade närstående ibland om eutanasi hade varit en lämpligare metod än palliativ sedering (Bruinsma et al., 2014). En tredjedel av närstående upplevde oro kring att sederingen kan ha förkortat patientens liv (Morita et al., 2004; Tursunov et al., 2016; Vayne-Bossert et al., 2013). I Taiwan upplevde en tredjedel av närstående vars älskade vårdades på en intensivvårdsavdelning att behandlingen kan ha förkortat livet medan endast 14 % av de vars älskade vårdades på en palliativ vårdavdelning upplevde samma sak (Shen et al., 2018). Några närstående i Storbritannien ifrågasatte ifall de påskyndat döden och en närstående från Nederländerna ifrågasatte vem som gynnats av sederingen, hen eller patienten (Bruinsma et al., 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att kartlägga närståendes upplevelser vid palliativ sedering. Upplevelser kan tolkas som levda erfarenheter, något som studeras i kvalitativ forskningsmetod. Den kvalitativa forskningen har därmed sitt ursprung i en holistisk tradition (Henricsson & Billhult, 2017). Artiklarna som anträffades i denna litteraturöversikt var dock övervägande kvantitativa, detta även fast sökordet "experience" fanns med. Kvantitativa metoder innebär att strukturerade mätningar eller observationer används för att få svar på en forskningsfråga (Billhult, 2017). De kvantitativa studier som inkluderades i litteraturöversikten studerade ämnet utifrån enkäter som besvarades av närstående till patienter som genomgick palliativ sedering. För att svara på syftet användes deduktiv design eftersom det skänkte en tydlig inramning till litteraturöversikten. Den palliativa vårdens fyra hörnstenar valdes som teoretisk utgångspunkt eftersom statens offentliga utredning (2001:6) belyser vikten av att vårdpersonal ska arbeta utifrån den nämnda teorin.

Litteraturöversikten grundar sig i omvårdnad och därför var det relevant att ha med sökordet “nurs*”. Vi avvaktade dock med detta sökord i den inledande litteratursökningen för att se hur mycket träffar som uppkom med de övriga valda sökorden. Då det framkom ett tillfredsställande resultat utan ha med “nurs*” i sökningen bedömdes resultatet i sökningen ändå finna de artiklar som behandlar ämnet omvårdnad och svarar på syftet. De övriga sökorden översattes som nämnt i Swedish MeSH. “Palliativ sedering” fanns dock inte med i databasen vilket gjorde att författarna fick översätta ordet. Det förekommer därmed en risk att det finns ytterligare synonymer på begreppet som försumrats av denna anledning. Det föreligger till följd av detta en möjlighet att artiklar av relevans förbisetts.

Validiteten i litteraturöversikten stärktes av att samtliga valda artiklar var “peer reviewed” vilket innebär att dem anses vara av vetenskaplig karaktär samt att sökningarna genomfördes i olika databaser. Studiens sensitivitet stärks av att en del artiklar återfanns i flera databaser samt under olika sökkombinationer. Reliabiliteten stärks av den valda granskningsmetoden då båda författarna enskilt granskade artiklarna för att sedan jämföra varandras resultat och därefter dra en gemensam slutsats om kvalitén (Henricson, 2017). I denna litteraturstudie har inte någon skillnad gjorts i vilken grad av palliativ sedering som patienterna erhållit vilken både kan indelas i både intermitterant samt kontinuerlig eller djup, mellan och svag (de Graeff et al., 2007). Det är därför möjligt att skillnader i grad av sedering kan påverka de närståendes upplevelser, men då detta inte tillhört syftet har artiklar med alla typer av palliativ sedering inkluderats. Eftersom området inte är väl beforskat fanns det inte möjlighet att aktivt selektera ut studier med samma design för att stärka litteraturöversiktens validitet (Henricson, 2017). Då syftet var att kartlägga närståendes upplevelser av palliativ sedering anses det att flera olika studiedesigner inte försvagar resultatet eftersom upplevelser kan mätas på flera olika sätt.

När kvalitetsgranskningen av artiklarna genomfördes bedömdes deras kvalité som låg, medel eller hög. Artiklarna bedömdes ha hög kvalité om de nådde upp till samtliga kriterier i den valda granskningsmallen. Om artikeln saknade två eller tre kriterier ansågs kvalitén på artikeln vara medelhög. Granskningen resulterade i sex artiklar med medelkvalité samt fem artiklar med hög kvalité. En övervägande anledning till att artiklarna fick medel i betyg var

för att det presenterade små studier med få deltagare. Några artiklar har även ett betydande bortfall, men en del av artiklarna kompletterar med en grundlig bortfallsanalys. En anledning till att studierna har ett lågt antal deltagare kan bero på att det är en liten patientgrupp som studeras (Bruinsma et al., 2012). Vidare är det ett känsligt ämne som behandlas vilket gör att närstående till patienter som sederats kan uppleva obehag av att delta i dessa studier. Under granskningen granskades även artiklarnas etiska resonemang. Trots en strävan av att endast använda artiklar där de närstående själva berättar eller svarar på frågeformuläret har en studie inkluderats där närståendes upplevelser belyses via en Proxy. van Doorens et al. (2009) artikel är gjord utifrån journalgranskning och då blir det sjuksköterskan som berättar närståendes erfarenheter. Den har trots denna svaghet valt att inkluderas då den belyser viktiga aspekter av närståendes upplevelser och kvaliteten bedöms tillräcklig,

I studien gjord av Tursunov et al. (2016) ansåg deltagarna i studien att enkätens frågor inte täckte in allt det som deltagarna ville dela med sig av. Därför skrev några av deltagarna funderingar på enkätens baksida. Samma sak skedde i studien av Morita et al. (2004), vilket ledde till att en egen artikel utspungen ur huvudartikeln gjordes med målet att tolka dessa svar med hjälp av en kvalitativ ansats. Detta kan tyda på en svårighet att täcka in närståendes upplevelser med kvantitativ metod vilket är en den vanligaste forskningsmetod inom denna litteraturstudie. Risken med att använda sig av frågeformulär upplevdes därför bidra till att inte fånga in alla upplevelser av att vara närstående utan endast de som efterfrågas.

När resultatet i artiklarna lästes strävade författarna efter att vara objektiva. Det är dock en omöjlighet att agera på ett fullständigt objektivt sätt. Det beror på att alla bär på en reflexivitet som gör att det är viktigt att reflektera över ens egna förförståelse (Priebe et al., 2017). I detta fall har en av författarna inga levda eller teoretiska erfarenheter medan den andra författaren har påträffat palliativ sedering under den verksamhetsförlagda utbildningen. Vidare är det av stor vikt att belysa det faktum att författarna inte har engelska som modersmål, vilket kan ha resulterat i att information från artiklarna missats eftersom samtliga av dem var skrivna på engelska. Det kan även bli ett forskningsetiskt dilemma då misstolkningar av deltagare i studien kan ske och därmed beskrivas på felaktigt eller till och med nedlåtande sätt (Kjällström, 2017).

Denna litteraturöversikt har flera begränsningar. Då de flesta artiklarna innehöll relativt få deltagare samt utfördes i en specifik vårdmiljö vilket gör det svårt både att generalisera eller applicera resultatet i en annan kontext eller annan del av befolkningen än där studien utfördes. Det leder till att resultatet i denna litteraturstudie inte är direkt applicerbart på den svenska sjukvården, men ger en fingervisning av att mer forskning är nödvändigt för att närstående till patienter med palliativ sedering ska få god omvårdnad av sjuksköterskor.

Resultatdiskussion

De huvudsakliga fynden i resultatet visar på en mängd varierande upplevelser och etiska dilemman för närstående. Resultatet i denna litteraturstudie kategoriseras tematiskt utifrån de fyra hörnstenarna, då denna indelning tydliggjorde vad som tillhör sjuksköterskans yrkesroll.

En stor svårighet i tolkning av resultatet ligger i att olika definitioner av palliativ sedering används och därför tillämpas palliativ sedering på olika sätt. En genomgång av olika riktlinjer världen över visar att majoriteten av dessa utgår ifrån EACP definition men att skillnader i innehåll i definitionen, indikation till behandlingen samt riktlinjer under sederingen varierar (Abarshi, Rietjens, Robjin, Caraceni, Payne, Deliens & van der Block 2017). Artiklarna inkluderade i detta arbete är skrivna i olika delar av världen och således har olika definitioner på vad palliativ sedering innebär och hur det bör tillämpas. Detta kan ha bidragit till skillnader i närståendes upplevelser. Kulturella skillnader har observerats men då syftet med detta arbete endast varit att kartlägga upplevelser har dessa inte tagits i beaktning i resultatet.

Symptomkontroll

Majoriteten av de närstående beskriver genomgripande flertalet anledningar till oro kopplat till palliativ sedering. Resultatet visar att trots dessa känslor skattar många närstående palliativ sedering som en godtagbar metod för att lindra lidande som inte kan lindras på något annat sätt. Att lindra lidandet för patienten är ett av sjuksköterskans huvudområde och ska därför värderas högt (SSF, 2014). Många närstående upplevde också att deras egna lidande minskade när patientens lidande var kontrollerat. Detta visar på vikten av symptomlindring av patient för att närstående ska uppleva god omvårdnad. Detta i enlighet med den första hörnstenen som handlar om symptomkontroll och upptäckten att lindra lidande hos en patient även lindrar närståendes lidande.

Teamarbete

Ett huvudfynd i litteraturöversikten är beslutsfattande som placeras under den andra hörnstenen, teamarbete. Det sammantagna resultatet av artiklarna visar att närstående medverkar vid beslutsfattande när deras älskade ska erhålla palliativ sedering. Det framkommer även att patienterna själva medverkar men att de inte alltid har möjlighet på grund av sina symtom. Närstående upplever att det skadar patientens autonomi. Eftersom sjukvården ständigt ska sträva efter att patientens autonomi ska bevaras blir detta ett problem (Sandman & Kjellström, 2018).

Gran et al. (2008) menar att det blir ett etiskt dilemma när patientens autonomi försvinner. Sjuksköterskorna i studien anser att patienten och de närstående ska besluta när behandlingen ska sättas in för att beslutet ska bli etiskt korrekt. För sjuksköterskorna blir det etiskt svårt när patienterna inte kan delta i beslutet att bli sövda eftersom det skadar deras autonomi. Därmed kan det konstateras att patientens autonomi är väsentlig för att en god omvårdnad ska kunna erbjudas och om deras autonomi är nedsatt på grund av outhärdliga symtom, är det mer etiskt försvarbart att de närstående fattar beslutet än att vårdpersonal gör det. Detta styrks även av Patientlagen (SFS 2014:821) som säger att vården ska utformas i samråd med patienten och att närstående ska få möjlighet att delta i vården om förutsättningar finns. Användandet av palliativ sedering bör därför utgå ifrån patientens önskan och på förhand diskuteras med patienten om detta är möjligt samt närstående för att säkerhetsställa att behandlingen sker i samråd med patientens vilja (de Graeff et al., 2007) i enlighet med fynden i denna litteraturstudie.

Kommunikation

Närstående upplevde att information kunde minska deras oro och att de upplevde missnöje när de inte betraktade den som fullständig. En kvalitativ studie (Cronin, Arnstein & Flanagan, 2015) har visat att närstående vars älskade befinner sig i livets slutskede uppskattar när vårdpersonal ger mycket information och att närstående behöver försäkran om att de fattar rätt beslut. Att kontinuerligt ge information under livets slutskede gav närstående en känsla av välmående och att de upplevde förtroende till vårdpersonalen (Ibid). Kommunikation och information är därför betydelsefull vid palliativ vård och när närstående förstår patientens vård upplever de högre nivåer av nöjdhet med vården. Närståendes behov av information kan också variera eftersom människor är olika och behovet också kan förändras över tid

(Andershed, 2006). Information som är den tredje hörnstenen kan också kopplas samman till den andra hörnstenen vilken är teamarbete eftersom den information vårdpersonal ger kan avgöra hur bra närstående upplever samarbetet.

Närstående

De känslor och upplevelser som framkommit i resultatet beskriver en situation där närstående kan finna många anledningar till oro förekommer men även faktorer som kunde underlätta och lindra oron hos de närstående. Många av dessa är för oss som sjuksköterskor påverkbara och handlade om att visa medkänsla och ge närstående rätt förutsättningar att förstå behandling exempelvis genom att ge information. Det överensstämmer med Andershed (2006) som upptäckte att även om det finns problem och negativa aspekter inom palliativ omvårdnad kan närstående ändå uppleva känslor av tillfredsställelse eller nöjdhet.

Närstående gjorde paralleller från palliativ sedering till eutanasi eller ansåg att palliativ sedering var en långsam form av eutanasi. Denna koppling var vanligare att göra i de länder där eutanasi praktiseras tex Nederländerna (Bruinsma et al., 2013; Bruinsma et al., 2014; van Dooren et al., 2009). En tydlig skillnad gentemot eutanasi ligger i syftet där palliativ sedering inte avser att förkorta livslängden hos patienten och endast skall administreras till patienter som har kort tid kvar att leva. Att närstående gör den kopplingen kan höra samman med det faktum att patientens möjlighet till kommunikation begränsas efter att sedering inletts och att det då upplevs som att de dödar patienten. Eutanasi är förbjudet enligt svensk lag och är således inget som praktiseras som behandlingsform här. de Graeff et al. (2007) betonar att det är när information om palliativ sedering ges som denna skillnad i syfte skall betonas för att närstående och patient inte skall sammankoppla dessa två.

Av alla inkluderade artiklar är det endast Tursunov et al. (2016) som definierar familjecentrerad omvårdnad. Resultatet av litteraturöversikten visar dock att beskrivningen av familjecentrerad omvårdnad ständigt återkommer, även fast den inte är tydligt definierad (SSF, 2015). Tre artiklar nämner sambandet mellan närståendes lidande och patientens lidande (Bruinsma et al., 2013; van Dooren et al., 2009; Vayne-Bossert et al., 2013). Detta är ett exempel på hur medlemmar i en familj länkas samman och att de påverkar varandra. Det är därmed angeläget att belysa vikten av att arbeta på ett familjecentrerat sätt inom behandling med palliativ sedering eftersom de närstående påverkas av deras älskades lidande. Genom att

arbeta på det nämnda sättet kommer sjuksköterskan få en bättre uppfattning av patientens och deras närståendes behov.

Rhondali et al. (2014) visar hur arbete med så kallade familjekonferenser som involverar både närstående och sjukvårdspersonal kan tillämpas inom palliativ vård. Det är en möjlighet för närstående till patienter i palliativt skede att få information om deras älskades tillstånd, få möjlighet att ställa frågor samt få uttrycka sina känslor. Att sjukvårdspersonalen har en bra kommunikation med de närstående är fundamentalt i palliativ vård och detta arbetssätt är en försäkring att de närstående får den information de är i behov av (Ibid). Vidare har sjuksköterskan ett etiskt ansvar att ge kulturellt anpassad information och visa respekt, lyhördhet och medkänsla (SSF, 2014). Enligt Bruinsma et al. (2012) har ingen närstående blivit erbjuden stöd när deras älskade genomgick palliativ sedering. Vidare har det inte heller identifierats att något specifikt stöd erbjudits de närstående i den gjorda litteraturöversikten. Därför anses familjekonferenser kunna vara en bra möjlighet och strategi för att skänka de närstående det stöd de är i behov av för att må bra under behandlingen av deras älskade.

Andershed (2006) pekar ut närstående inom palliativ vård som en riskgrupp för mental ohälsa och att de har en risk för att uppleva emotionell stress samt att deras roll som närstående kan upplevas som en börda. Deras viktigaste mål var dock att deras närstående fick god vård vid livets slut och att deras positiva upplevelser kunde väga upp för den stress de utsätts för. Detta styrker det resultat som framkommit i denna litteraturstudie kring närstående vars älskade mottager palliativ sedering.

Slutsats

I litteraturöversikten framkom det att närstående har flertalet olika upplevelser och känslor och behöver stöd i sin roll för att förhindra negativa upplevelser. Dessa upplevelser kunde i olika hög grad leda till känslor av oro, emotionell stress och bördan av att fatta beslutet kring palliativ sedering. Trots dessa känslor kunde närstående uppleva välbefinnande i vården kring livets slutskede och palliativ sedering när de såg att lidandet minskade eller de kunde hedra den älskades vilja.

Kliniska Implikationer

För att tillgodose patienters och deras närståendes behov av information bör sjuksköterskan ha goda kunskaper i hur man samtalar kring svåra situationer. Alla individer är olika och kan reagera på skilda sätt. Således är därför individers behov av information varierande och skall ges med respekt för den egna individen. Information som ska ges till närstående är bland annat information om försäkringskassans närståendepenning (Försäkringskassan, 2018). Detta underlättar för den närstående som då kan vara hos deras älskade i livets slut. Sjuksköterskan kan genom omvårdnadshandlingar minska den oro som närstående upplever. Denna litteraturstudie vill bidra med att belysa närståendes upplevelser vid palliativ sedering så att vi som sjuksköterskor ska kunna vara ett gott stöd och ge närstående den trygghet de behöver vid vård i livets slutskede. Genom att skapa förståelse för närståendes situation är det också lättare för oss som sjuksköterskor att ge dem den information och trygghet de behöver för att de skall uppleva god omvårdnad.

Framtida forskning

Eftersom denna sammanställning bygger på forskning från olika kulturer och delar av världen är det svårt att ta ställning till dess tillämpbarhet i Sverige. Fokus på framtida forskning bör vara att fortsätta undersöka hur närstående påverkas av palliativ sedering för att få en helhetssyn på detta forskningsområde. Forskningen som finns i dagsläget är smal och inriktar sig på små grupper i olika samhällen och kulturer. Det finns ingen svensk forskning som belyser närståendes perspektiv inom palliativ sedering vilket ger svårigheter att förstå hur närstående i Sverige påverkas av denna behandling. Forskning kring stöd till närstående borde utföras och sjuksköterskans betydelse i stödet bör utvärderas. Detta för att sjuksköterskor i enlighet med den fjärde hörnstenen skall kunna vara ett gott stöd till de närstående inom palliativ sedering.

Referenslista

Referenser:

Abarshi, E., Rietjens, J., Robijn, L., Caraceni, A., Payne, S., Deliens, L., . . . Sophie, P. (2017). International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: A systematic review. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(3), 223–229.

Andershed, B. (2006). Relatives in end-of-life care – part 1: A systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1158–1169.

Barathi, B., & Chandra, P. S. (2013). Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? - A Systematic Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1), 40–47.

<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.4103/0973-1075.110236>

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2017). Varför ska familjen ses som en enhet? I Benzein, Hagberg & Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 27–31). Lund: Studentlitteratur

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 99–109). Lund: Studentlitteratur.

Bruinsma, S. M., Brown, J., van der Heide, A., Deliens, L., Anquetin, L., Payne, S. A., . . . Rietjens, J. A. C. (2014). Making sense of continuous sedation in end-of-life care for cancer patients: an interview study with bereaved relatives in three European countries. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3243–3252. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00520-014-2344-7>

Bruinsma, S., Heide, A., Van Der Lee, M., Vergouwe, Y. & Rietjens, J. (2016). No negative impact of Palliative sedation on relatives' experience of the dying phase and their wellbeing after the patient's death: An observational study. *PLoS ONE*, 11(2), E0149250.

Bruinsma, SM., Rietjens, JA., Seymour, JE., Anquetin, L., & van der Heide, A. (2012). The experiences of relatives with the practice of palliative sedation: a systematic review. *Journal of Pain & Symptom Management*, 44(3), 431–445. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.006>

Bruinsma, S., Rietjens, J., & Van Der Heide, A. (2013). Palliative Sedation: A Focus Group Study on the Experiences of Relatives. *Journal of Palliative Medicine*, 16(4), 349–355

Cherny, N., & Radbruch, L. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581–593. Hämtad från: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/0269216309107024>

Claessens, P., Grenbruge, E., Vannuffelen, R., Boreckaert, B., Schotsmans, P., & Menten, J. (2007). Palliative sedation and nursing. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(2), 100–108 Hämtad från: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106105270&site=ehost-live>

Cronin, J., Arnstein, P., & Flanagan, J. (2015). Family Members' Perceptions of Most Helpful Interventions During End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(3), 223–228.

van Dooren S, van Veluw HT, van Zuylen L, Rietjens JA, Passchier J, & van der Rijt CC. (2009). Exploration of concerns of relatives during continuous palliative sedation of their family members with cancer. *Journal of Pain & Symptom Management*, 38(3), 452–459. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpainsymman.2008.11.011>

de Graeff, A., & Dean, M. (2007). Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), 67–85. <http://doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1089/jpm.2006.0139>

Gran, S-V. & Miller, J. (2008). Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(11), 532–538. Hämtad från: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105588964&site=ehost-live>

Eckerdal, G., Birr, A. & Lundström, S. (2009). Palliativ sedering är ovanlig inom specialiserad palliativ vård i Sverige. *Läkartidningen* 106(10), 1086–1088. Hämtad från: http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/11591/LKT0910f1_2NY.pdf

Eriksson, K. (2015) Lidandet i vården. *Den lidande människan*. (s. 77–92) Liber: Stockholm

Eun, Y., Hong, I.-W., Bruera, E., & Kang, J. H. (2017). Qualitative Study on the Perceptions of Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members Regarding End-of-Life Experiences Focusing on Palliative Sedation. *Journal of Pain & Symptom Management*, 53(6), 1010–1016. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.353>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.141–152). Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Försäkringskassan. (2018) Närståendepenning för anställda. Hämtad 2018-12-12 från: <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld/narstaendepenning>

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111–117). Lund: Studentlitteratur

Svensk sjuksköterskeförening [SSSF]. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Karlsson, E-K. (2017) Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 81–96). Lund: Studentlitteratur

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57–77). Lund: Studentlitteratur

Läkemedelsverket. (2010). Information från Läkemedelsverket 6:2010: *Smärtlindring i livets slutskede: ny rekommendation*. Hämtad 2018-10-16 från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation_sm%C3%A4rtlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf

Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., . . . Nanni, O. (2012). Palliative sedation in end-of-life care and survival: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(12), 1378–83.

Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, & Casuccio A. (2009). Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *Journal of Pain & Symptom Management*, 37(5), 771–779. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.020>

Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, ... Uchitomi. (2004). Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Pain & Symptom Management*, 28(6), 557–565. Hämtad från: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106537190&site=ehost-live>

Patientlagen (SFS 2014:821). Hämtad 2018-10-16 från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Priebe, G. & Landström C. (2017) Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 25–40). Lund: Studentlitteratur

Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., Conno, F. de, & Berghe, P. V. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104–116.
<https://doi.org/10.1177/0269216315616524>

Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J. A., Janssens, R., Bruinsma, S., Mortier, F., Payne, S., ... Sterckx, S. (2014). Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium. *BMC medical ethics*, 15(14) 1–10.
[doi:10.1186/1472-6939-15-14](https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-14)

Rhondali, W., Dev, R., Barbaret, C., Chirac, A., Font-Truchet, C., Vallet, F., ... Filbet, M. (2014). Family conferences in palliative care: a survey of health care providers in France. *Journal of Pain & Symptom Management*, 48(6), 1117–1124. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.007>

Rodrigues, P., Crokaert, J., & Gastmans, C. (2018). Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *Journal of Pain & Symptom Management*, 55(6), 1577–1590.
<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). Etisk modell med fyra principer. I *Etik för vårdande yrken* (s. 443–438). Lund: Studentlitteratur

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105–108). Lund: Studentlitteratur

Shen, H.-S., Chen, S.-Y., Cheung, D. S. T., Wang, S.-Y., Lee, J. J., & Lin, C.C. (2018). Differential Family Experience of Palliative Sedation Therapy in Specialized Palliative or Critical Care Units. *Journal of Pain & Symptom Management*, 55(6), 1531–1539. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.007>

Socialstyrelsen (2004). *Närstående*. Hämtad 2018-10-16 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=272&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen (2007). *Patient*. Hämtad 2018-10-16 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=635&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård - förtydligande samt konkretisering av begrepp*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2010). *Meddelandeblad - Tydliggörande om palliativ sedering*. Hämtad 2018-10-17 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18215/2010-12-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Vägledning, rekommendationer och indikatorer - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *SOSFS 2011:7 Livsuppehållande behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2006:1. *Döden angår oss alla- värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Svenska Läkaresällskapet. (2010). *Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede*. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-10-16 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2015). *Svensk sjuksköterskeförening om... Familjefokuserad omvårdnad*. Hämtad 2018-10-15 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Vår metod*. Hämtad 2018-10-24 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens medicinsk-etiska råd. (2017) Dödshjälp – en kunskapssammanställning. Hämtad 2018-12-12 från: <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-D%C3%B6dshj%C3%A4lp-En-kunskapssammanst%C3%A4llning.pdf>

Tursunov, O., Cherny, N. I., & Ganz, F. D. (2016). Experiences of Family Members of Dying Patients Receiving Palliative Sedation. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 226–232. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1188/16.ONF.E226-E232>

Vayne-Bossert, P., & Zulian, G. (2013). Palliative Sedation: From the Family Perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 30(8), 786–790.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). Litteratursökning. I *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (s.67–90) Lund: Studentlitteratur

World Health Organization. (2015). *Cancer: WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 2018-10-15 från WHO, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59–82). Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1, Söktabell

PubMed

| Datum | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|------------|---|------------------------|---------------|--------------------|--------------------|---|
| 2018-10-09 | (Family) AND (Palliative sedation) | 5 years English | 57 | 20 | 9 | 3 Vayne-Bossert et al, 2013. Bruinsma et al, 2014. Raus et al, 2014. |
| 2018-10-09 | (Family) AND (Palliative sedation) | 10 years English | 76 | 15 | 7 | 1 Bruinsma et al, 2013. |
| 2018-10-10 | (Family OR Relatives) AND (Terminal sedation OR palliative sedation) AND (Experience) | Fulltext 5 years | 63 | 13 | 10 | 1 Bruinsma et al, 2016. |

Cinahl

| Datum | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|-------|--------|------------------------|---------------|--------------------|--------------------|----------------|
|-------|--------|------------------------|---------------|--------------------|--------------------|----------------|

| | | | | | | |
|------------|--|---|----|----|----|--|
| 2018-10-09 | Palliative sedation AND Family | Peer Reviewed Published date: 2013–2018 | 13 | 6 | 6 | 3 Tursunov et al, 2016. Eun et al, 2017. Shen et al, 2018 |
| 2018-10-09 | Palliative sedation OR terminal sedation AND Relatives | Peer Reviewed Published date: 2009–2016 | 11 | 6 | 6 | 2 van Dooren et al, 2009. Mercadante et al, 2009 |
| 2018-10-09 | Palliative sedation OR terminal sedation AND Family OR relatives | Peer Reviewed Published date: 2004–2018 | 41 | 12 | 12 | 1 Morita et al, 2004. |

Bilaga 2, Artikelsammanfattning

| Artikels namn, författare, publiceringsår, land | Syfte | Material och metod | Resultat | Kommentar om kvalitet enligt SBU (2014) eller Friberg (2017) |
|--|--|--|---|--|
| Experiences of Family Members of Dying Patients Receiving Palliative Sedation. Tursunov et al (2016) Land: Israel. | Att beskriva och jämföra närståendes upplevelser av palliativ sedering, både i början av behandlingen och efter att patienten avled. | Kvantitativ. Deskriptiv komparativ metod. 34 närstående till patienter med palliativ sedering fick svara på ett frågeformulär om deras upplevelse av behandlingen, både när den påbörjades och 1–4 månader | Närstående är överlag nöjda med sjuksköterskorna involverade i sederingen. 1/3 ansåg att behandlingen förkortade livet på patienten. Bara hälften fick information om sederingen och de som fick information fick ofta den samma dag. | En begränsning är att studien endast är gjord på ett sjukhus och endast en avdelning, vilket begränsar urvalet. 34 familjemedlemmar deltog i studien vilket kan anses vara lågt med tanke på att studien är kvantitativ. |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <p>efter att patienten avled. Deskriptiv statistik användes för att beskriva resultatet och lämplig statistisk analys användes för att jämföra resultaten över tid.</p> | | <p>Etiskt godkänd. Tydlig diskussion och metod. Kvalité: Medel</p> |
| <p>Differential Family Experience of Palliative Sedation Therapy in Specialized Palliative or Critical Care Units.</p> <p>Shen et al (2018)</p> <p>Land: Taiwan.</p> | <p>Att undersöka och jämföra närståendes farhågor om användningen av palliativ sedering och hur deras sorg påverkas av om patienten vårdas på en specialiserad palliativ enhet eller på en intensivvårdsavdelning.</p> | <p>Kvantitativ studie. 154 närstående till patienter som vårdas med palliativ sedering deltog. 143 stycken slutförde studien. Den första datainsamlingen gjordes vid rekryteringen genom ett validerat frågeformulär som tog upp närståendes funderingar om palliativ sedering. De närstående fick fylla i ytterligare ett formulär tre dagar samt 1 månad efter patientens bortgång. Detta formulär mätte de närståendes sorg. Formuläret hette Texas Revised Inventory of Grief.</p> | <p>På den palliativa enheten var de närståendes största oro att det fanns något annat sätt att behandla symtomen. På IVA kände familjerna att det fanns mer de kunde göra och att det inte var värdigt att söva patienterna. Familjer som hade sina närstående på IVA upplevde mer sorg än de som var på den palliativa enheten.</p> | <p>Ingen tydlig koppling till omvårdnadsteori.</p> <p>Etiskt godkänd.</p> <p>Tydlig beskriven metod, resultat och diskussion.</p> <p>Kvalité: Hög</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>Exploration of Concerns of Relatives During Continuous Palliative Sedation of Their Family Members with Cancer.</p> <p>van Dooren et al (2009)</p> <p>Land: Nederländerna</p> | <p>Att utforska och utvärdera närstående oro när deras älskade behandlades med palliativ sedering.</p> | <p>En retrospektiv studie som baseras på medicinska journaler. Journalerna hos 45 avlidna patienter som fått palliativ sedering mellan 2001–2004 granskades för att fånga upp närståendes uttryck för oro. Informationen samlades in per patient och inte per närstående.</p> | <p>I 51% av de studerade journalerna uttryckte närstående oro. Liknande fall av sedering hos båda grupper men det var mer vanligt att uttrycka oro som närstående ju längre sederingen pågick. Oron handlade om själva målet för sederingen, oro för välmåendet hos patienten samt oro för sig själva som närstående.</p> | <p>Inte inhämtat ett etiskt godkännande, endast etiska resonemang var gjorda. Bedöms dock som godtagbart då det var en journalgranskning som inte påverkade vare sig närstående eller patient.</p> <p>Ingen tydlig omvårdnadsteori beskriven.</p> <p>Kvalité: Medel</p> |
| <p>Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients.</p> <p>Mercadante et al (2009)</p> <p>Land: Italien</p> | <p>Syftet med studien är att bedöma behoven och effektiviteten av sedering hos döende personer med outhärdliga symtom, samt närståendes tankar om sedering.</p> | <p>Kvantitativ. Prospektiv kohortstudie gjordes på patienter som var antagna till en specialiserad palliativ enhet. 77 patienter deltog i studien varav 42 sederades. De sederade patienternas familjemedlemmar svarade på frågeformulär om deras upplevelser angående sedering.</p> | <p>Intervjuade närstående var aktivt deltagande i beslutsprocessen kring sedering. Sedering var lämplig enligt de flesta närstående.</p> | <p>Etiskt godkänd. Bristande introduktion som inte innehåller någon omvårdnadsteori.</p> <p>Tydligt problematiserat och beskrivet syfte samt metod.</p> <p>Kvalité: Medel</p> |
| <p>Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients.</p> | <p>Syftet med studien är att klargöra familjens upplevelser under palliativ sedering. Deras nivå av tillfredsställelse och ångest mättes samt de avgörande</p> | <p>Ett frågeformulär skickades ut till 280 familjer vars älskade var palliativt sederade. Patienterna hade varit på sju olika</p> | <p>78% av familjerna var nöjda med behandlingen och 25% upplevde hög emotionell ångest. När familjerna inte var nöjda med behandlingen var orsakerna bland</p> | <p>Tydligt beskrivet syfte, metod samt resultat.</p> <p>Tillfredsställande antal deltagande.</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <p>Morita et al (2004)</p> <p>Land: Japan</p> | <p>faktorererna för missnöje och hög ångest hos familjerna.</p> | <p>palliativa enheter i Japan. 185 svar inkom och analyserades.</p> | <p>andra: låg symtomkontroll efter sedering, rädsla att sedering kortare patientens liv och att det finns andra sätt att lindra symtomen.</p> | <p>Beskriver studiens styrkor och svagheter.</p> <p>Etiskt godkänd.</p> <p>Kvalité: Hög</p> |
| <p>Qualitative Study on the Perceptions of Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members Regarding End-of-Life Experiences Focusing on Palliative Sedation.</p> <p>Eun et al (2017)</p> <p>Land: Sydkorea</p> | <p>Få insikt i hur patienter med terminal cancer samt deras närstående uppfattar slutskedet av livet och deras behov av palliativ sedering.</p> | <p>Kvalitativ studie med djupintervjuer med närstående och i vissa fall närstående + patient. 7 frågor användes under intervjun.</p> | <p>Temat identifierad såsom att inte ge upp hopp om att förlänga livet, önskan om en fridfull död, uppfattning om palliativ sedering, att fatta beslut om palliativ sedering.</p> | <p>Etiskt godkänd. Väl beskriven metod med tydliga inklusions samt exklusionskriterier.</p> <p>Tydlig analys av både metod och resultat.</p> <p>Kvalité: Hög</p> |
| <p>No Negative Impact of Palliative Sedation on Relatives' Experience of the Dying Phase and Their Wellbeing after the Patient's Death: An Observational Study.</p> <p>Bruinsma et al (2016)</p> <p>Land: Nederländerna</p> | <p>Studerar skillnader hos närstående vars älskade får palliativ sedering och de som inte får det för att utforska deras upplevelse och välmående.</p> | <p>Kvantitativ. Observationsstudie via frågeformulär. En del av UNBIASED. Närstående till patienter som antingen fått palliativ sedering i livets slutskede samt de vars närstående inte fått det svarade på ett frågeformulär.</p> | <p>Närstående vars älskade fick palliativ sedering tyckte att vårdgivarna kunde gjort mer före sederingen tex gett mer info eller inkännande för vårdbehov. Inga signifikanta skillnader observerades mellan de olika grupperna.</p> | <p>Etiskt godkänd. Tydligt syfte och väl beskriven metod.</p> <p>Stort bortfall (57%) men har gjort en noggrann bortfallsanalys.</p> <p>Diskuterar styrkor och svagheter i studien.</p> <p>Kvalité: Hög</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <p>Palliative Sedation: From the family perspective.</p> <p>Vayne-Bossert et al (2013)</p> <p>Land: Schweiz.</p> | <p>Målet var att på ett bättre sätt förstå familjens upplevelse av palliativ sedering.</p> | <p>Kvantitativ. Retrospektiv pilotstudie för framtida forskning. Frågeformulär skickades till närstående vars älskade erhölet palliativ sedering.</p> | <p>Majoriteten hade blivit informerade om palliativ sedering innan behandlingsstart. 9 av 10 närstående tyckte behandlingen var nödvändig för att lindra symtomen.</p> | <p>Etiskt godkänd. Liten studie - 17 deltagare. Endast gjord på en avdelning. Ingen omvårdnadsteori. Kvalité: Medel</p> |
| <p>Making sense of continuous sedation in end-of-life care for cancer patients: an interview study with bereaved relatives in three European countries.</p> <p>Bruinsma et al, 2014.</p> <p>Land: Nederländerna, Storbritannien & Belgien.</p> | <p>Att utforska närståendes beskrivning samt upplevelse av oavbruten sedering i palliativ vård hos cancerpatienter och identifiera och förklara skillnader mellan tre olika länder.</p> | <p>Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Urvalet gjorde ur en större studie som heter "UNBIASED". 38 närstående till 32 patienter med cancer som haft palliativ sedering i slutet av livet i Belgien, Nederländerna och Storbritannien.</p> | <p>Tre teman identifierades såsom: "resultatet", "praktiska aspekter" & "målet med sederingen". De flesta upplevde att det bidraget till en god död. I Storbritannien upplevdes det som en förkortning av den döendes liv.</p> | <p>Etiskt godkänd. Bortfallsanalys gjord. Liten studie vilket leder till att selektionen kan blivit endast de som hade starka för och emot känslor valde att delta. Kvalité: Hög</p> |
| <p>Palliative Sedation: A Focus Group Study on the Experiences of Relatives.</p> <p>Bruinsma et al, 2013.</p> <p>Land: Nederländerna</p> | <p>Utforska närståendes upplevelse av palliativ sedering och få mer kunskap om positiva och negativa delar i deras utvärdering av palliativ sedering.</p> | <p>Kvalitativ. En delstudie ur det större materialet UNBIASED. Strategiskt urval. Fokusgrupp med 3-4 närstående samt intervjuer när närstående inte kunde delta. Semistrukturerade intervjuer.</p> | <p>Behovet av information är stort, frustration när sjuksköterskor inte kan fatta beslut. Överlag var de närstående nöjda med behandlingen.</p> | <p>Etiskt godkänd Liten studie med få deltagare. Forskarna hade en relation till vissa av deltagarna. Tydlig beskriven metod, syfte, resultat och diskussion. Kvalité: Medel</p> |
| <p>Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of</p> | <p>Hur upplever läkare, sjuksköterskor och närstående att de hanterar den emotionella effekten</p> | <p>Kvalitativ. Del av det större materialet UNBIASED. Strategiskt urval.</p> | <p>Närstående upplevde att de var kraftigt emotionellt involverade. Närstående</p> | <p>Etiskt godkänd. Syftet kunde varit tydligare beskrivet.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <p>physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium.</p> <p>Raus et al, 2014.</p> <p>Land: Storbritannien, Nederländerna och Belgien</p> | <p>av att medverka i palliativ sedering till döden inträffar samt att förstå hur detta är kopplat till deras förståelse för sitt egna moraliska ansvar.</p> | <p>Inkluderade totalt 57 läkare, 73 sjuksköterskor och 34 närstående från de tre olika länderna. Semistrukturera de intervjuer.</p> | <p>upplevde ibland sederingen som stressande. Vissa närstående upplevde sig inte delaktiga beslutet kring Palliativ sedering.</p> | <p>Metoden och resultatet är tydligt beskrivna.</p> <p>Kvalité: Medel</p> |
|---|---|---|---|---|