



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **SJUKSKÖTERS KANS ERFARENHET AV PALLIATIV SEDERING**

En Integrativ litteraturöversikt

**Cornelia Svensson och Linnea Stenlund**

---

Uppsats/Examensarbete:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2018
Handledare:	Jan Rosengren
Examinator:	Hilda Svensson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Ett stort tack riktat till vår handledare Jan Rosengren för det goda stödet och fina samarbetet.

Titel (svensk)	Sjuksköterskans erfarenhet av palliativ sedering.
Titel (engelsk)	The nurse's experience of palliative sedation
Examensarbete:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2018
Författare	Cornelia Svensson och Linnea Stenlund
Handledare:	Jan Rosengren
Examinator:	Hilda Svensson

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Palliativ vård utgör en stor del av hälso-sjukvården och många människor världen över är i behov av detta när livet går mot sitt slut. Sjuksköterskan har en viktig roll i den palliativa vården för att lindra lidande och främja en värdig död. Inom den palliativa vården används palliativ sedering för att lindra outhärdligt lidande när inga andra alternativ längre fungerar. Denna behandlingsform är omdiskuterad och kontroversiell inom vården. Sjuksköterskan har en central roll i omvårdnaden för patienter som är i behov av palliativ sedering. **Syftet** med fördjupningsarbetet var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av palliativ sedering. För att besvara syftet valdes en litteraturoversikt som **metod** samt för att ta del av befintlig forskning inom ämnesområdet. Sökningar gjordes i databaserna Cinahl och PubMed och totalt 13 artiklar valdes. **Resultat:** Sjuksköterskorna var eniga kring syftet för palliativ sedering och patientens medgivande ansågs vara ett kriterium för administreringen, men en oenighet kring symtomen som indikation för denna behandling framkom. Vidare poängterade sjuksköterskorna vikten av teamarbete och behov av utbildning. Sjuksköterskan ansåg sig utgöra en viktig roll i teamet samt för patient och närstående. Etiska och känslomässiga svårigheter lyftes fram som komplicerade sjuksköterskans roll vid utförandet av palliativ sedering. **Konklusion:** Sjuksköterskans erfarenhet i palliativ sedering vidrör många olika områden. Resultatet indikerar på att ytterligare utbildning och tydliga riktlinjer behövs för att skapa en trygg och säker vård samt reducera stress och osäkerhet hos sjuksköterskor vid denna behandlingsmetod.

Nyckelord: Palliativ sedering, Sjuksköterska, Erfarenhet, Palliativ vård

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	2
Palliativ vård.....	2
Palliativ sedering .....	3
Etik.....	4
Sjuksköterskans roll.....	4
Teoretisk referensram - Personcentrerad vård.....	5
<b>Problemformulering</b> .....	6
<b>Syfte</b> .....	6
<b>Metod</b> .....	7
Litteratursökning .....	7
Urval och Analys .....	7
Etiskt resonemang.....	8
<b>Resultat</b> .....	9
Indikation och mål med palliativ sedering. ....	11
Lindrät lidande och skapandet av en värdig död .....	11
Oenighet kring fysiska eller psykiska symtom som indikation. ....	11
Palliativ sedering; Det rätta alternativet? .....	11
Delaktighet.....	12
Patientens medgivande och medverkan .....	12
Tvärprofessionell samverkan .....	12
Sjuksköterskans roll och delaktighet i beslutsfattandet .....	13
Kunskap och riktlinjer .....	13
Brist på kunskap och behov av utbildning.....	13
Betydelse av riktlinjer .....	13
Etiska och emotionella aspekter .....	14
Etiska svårigheter.....	14
Etiskt godtagbart .....	14
Känslomässiga svårigheter.....	14
Kommunikation och interaktion.....	15
Betydelsen av kommunikation med patient och närstående .....	15
Hinder för kommunikation .....	15
<b>Diskussion</b> .....	17

Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion .....	18
<b>Konklusion</b> .....	<b>20</b>
Implikationer och vidare forskning.....	20
<b>Referenslista</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilaga 1 - Söktabell</b>	
<b>Bilaga 2 - Artikelöversikt</b>	

## Inledning

Varje år dör totalt 65 miljoner människor världen över och av dessa beräknas 60 procent behöva palliativ vård (Ternestedt & Andershed, 2013). När palliativ vård appliceras övergår vården från att vara kurativ till att lindra lidande. Den palliativa vården syftar till att optimera livskvalité och skapa en värdig död. Sjuksköterskan utgör en viktig roll i den palliativa vården i att identifiera patientens behov och lindra lidande. Inom palliativ vård används behandlingsmetoden palliativ sedering som syftar till att lindra outhärdligt lidande genom att sänka patientens vakenhetsgrad då ingen annan behandling hjälper. Palliativ sedering kräver mycket av sjuksköterskor då de är involverade i omvårdnaden av patienter som får denna behandling. Palliativ sedering är ett omdiskuterat ämne inom vården och då författarna har observerat en osäkerhet bland sjuksköterskor som utför denna behandling var det därför av intresse att utforska vidare kring deras erfarenheter för att utöka våra kunskaper inom ämnesområdet.

# Bakgrund

## Palliativ vård

Palliativ vård kommer från det latinska ordet *pallium* som betyder mantel, där manteln symboliserar lindrande åtgärder och omsorgen om den döende människan (Svenska palliativregistret, u.å.). Enligt svenska styrdokument för hälso- och sjukvården ska alla som är i behov av palliativ vård erbjudas sådan vård oavsett vilken sjukdom patienten har, ålder, kön eller var patienten är bosatt (Ternestedt & Andershed, 2013). Insatserna kan dock se olika ut beroende på patientens ålder eller sjukdom samt vad individen önskar (Socialstyrelsen, 2013).

Palliativ vård i livets slutskede är enligt socialstyrelsen allmän och specialiserad palliativ vård som ges under individens sista tid i livet, när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet (Socialstyrelsen, 2013). Patienten befinner sig i en fas då kurativ behandling inte längre är möjlig, utan en lindrande behandling tar vid. Livet bekräftas och döden ses som en naturlig process som varken ska påskyndas eller fördröjas (Vårdhandboken, 2016).

Enligt WHO (2018) är palliativ vård ett tillvägagångssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för både patienter och närstående. Detta genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom.

Den palliativa vården omfattar fyra dimensioner: den fysiska dimensionen, den psykiska dimensionen, den sociala dimensionen och den existentiella/andliga dimensionen. Behoven inom dessa fyra dimensioner tillgodoses med hjälp av redskap som benämns som ”de fyra palliativa hörnstenarna”: symtomlindring, närståendestöd, teamarbete samt kommunikation och relation (Strang, 2012).

### *De fyra palliativa hörnstenarna*

1. Symtomlindring. Smärta och andra svåra symtom skall lindras, samtidigt som patientens integritet och autonomi bevaras (Socialstyrelsen, 2013). Enligt Strang (2012) visar studier att en väl fungerande smärtlindring inte bara lindrar obehag utan leder även till att patienten kan erhålla förlängd livstid. Symtomlindringen innefattar även lindring av psykiska eller existentiella symtom (Strang, 2012).

2. Närståendestöd. Patienten och närstående skall ses som en enhet (Strang, 2012). De närstående skall erbjudas att delta i vården och få stöd, såväl under patientens sjukdomstid som efter dödsfallet (Socialstyrelsen, 2013).

3. Teamarbete. WHO rekommenderar ett teambaserat arbetsteam för att ge bästa möjliga vård till patient och närstående, allt efter deras behov. Teamet består vanligtvis av läkare, sjuksköterskor, paramedicinare och sjukhuskyrkan (Strang, 2012). Arbetslaget med de olika kompletterande kompetenserna skall ha en teamledare och gemensamma mål (Strang, 2012).

4. God kommunikation och relation inom och mellan arbetslagen samt med patienten och närstående i syfte att främja patientens livskvalitet (Socialstyrelsen, 2013).

## *Två faser*

Enligt Socialstyrelsen (2013) delas ofta den palliativa vården in i två faser – en inledande tidig fas och en senare avslutande fas. Den tidiga fasen som ofta är lång kan starta när patienten drabbats av en progressiv, obotlig sjukdom eller skada. I dessa fall ges behandling som exempelvis kemoterapi, specifik läkemedelsbehandling och strålning (Vårdhandboken, 2016). Undersökningar görs även för att upptäcka komplikationer eller svåra följder av sjukdom för att förlänga liv. Fokus ligger på att minska obehag och svåra symtom och hjälpa den sjuke att leva så aktivt och normalt så länge som är möjligt (Vårdhandboken, 2016).

I den sena fasen av vård vid livets slutskede är döden oundviklig och inträffar inom dagar eller enstaka månader (Vårdhandboken, 2016). Målet med vården i denna fas ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande (Socialstyrelsen, 2013). Bästa möjliga livskvalitet skall eftersträvas under den korta tid som är kvar. Symtom som är vanliga vid den sena fasen är bland annat smärta, illamående, orkeslöshet, hosta, förstoppning, diarré och muntorrhet (Vårdhandboken, 2016). Psykiska symtom såsom ångest, sömnproblem och nedstämdhet är vanligt förekommande. Existentiell ångest som meningslöshet, skuld och dödsångest är symtom som även kan komma till uttryck i den senare fasen vid livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013).

## Palliativ sedering

Palliativ sedering är en behandlingsform där avsikten är att sänka patientens vakenhetsgrad i livets slutskede när andra behandlingar eller metoder inte längre har en tillräckligt symtomlindrande effekt (Nationalencyklopedin, 2018a). I Sverige är behandlingsformen ovanlig inom specialiserad palliativ vård. Däremot skiljer sig förekomsten mellan olika länder (Eckerdal, Birr & Lundström, 2009). Det råder tvetydigheter kring terminologin och en vedertagen internationell definition finns inte (Eckerdal, 2012). Internationellt används främst begreppen "Palliative sedation" och "Terminal sedation". Enligt De Graeff och Dean (2007) kan begreppet "Terminal sedation" dock strida mot behandlingens syfte då risken finns att det kan tolkas som att avsikten är att avsluta patientens liv. "Palliative sedation therapy" ett mer lämpligt begrepp då det ger en tydligare beskrivning av att sederingsprocessen är en behandling.

Palliativ sedering kan administreras intermittent eller kontinuerligt. Intermittent palliativ sedering innebär att patienten sederas periodvis och möjliggör för patienten att ha vakna stunder (De Graeff & Dean, 2007). Kontinuerlig palliativ sedering administreras då patientens symtom bedöms vara beständiga (Socialstyrelsen, 2010).

Det finns tre olika nivåer av sedering. Mild sedering syftar till att patientens medvetande sänks men enbart till den grad då patienten fortfarande är vaken. Intermediär sedering innebär att patientens vakenhetsgrad sänks till en sovande nivå men möjligheten att kommunicera ytligt finns under kort period då patienten väcks ur sitt sovande tillstånd. Djup sedering innebär att patienten är i ett tillstånd av medvetslöshet (De Graeff & Dean, 2007).

Palliativ sedering genomförs med vakenhetssänkande läkemedel (Socialstyrelsen, 2010). De vanligaste läkemedel som används i palliativ sedering är ångestdämpande. I Sverige används Midazolam som förstahandsval då läkemedlet har en kort halveringstid vilket möjliggör rätt balans mellan symtomlindring och vakenhetsgrad (Eckerdal, 2012).



Enligt Eckerdal (2012) skall palliativ sedering stå i relation till patientens symtombild och vakenhetsgraden skall endast påverkas i den mån att patientens symtomproblematik kan lindras.

## Etik

Inom palliativ vård är etik av stor betydelse. Frågor som relaterar till vården i livets slutskede, kräver etiska överväganden och förhållningssätt (Brattgård, 2012). När en patients vakenhetsgrad sänks medför detta också att patienten helt eller till en del berövas sin autonomi (Svenska läkaresällskapet, 2010). Autonomi är ett centralt begrepp inom medicinsk och omvårdnadsetik. Patientens rätt till självbestämmande och delaktighet är en betydande del i omvårdnaden och enligt "Autonomiprincipen" skall sjuksköterskan främja patientens rätt till självbestämmande (Birkler, 2007). Det blir således en värdekonflikt mellan principen av att göra gott och principen av att respektera patientens autonomi (Svenska läkaresällskapet, 2010). Eckerdal (2012) menar att patientens delaktighet och önsknings är väsentliga i palliativ vård och patienten har därmed rätten själv att bestämma när autonomin kan fråntas genom sedering.

### *Eutanasi*

Eutanasi är synonymt med dödshjälp som innebär att en läkare avslutar patientens liv på dennes begäran (Ottosson, 2012). En del kritiker till palliativ sedering hävdar att palliativ sedering är moraliskt jämförbart med eutanasi. Ett argument för detta är att både palliativ sedering och eutanasi har som mål att lindra lidande och båda har sitt slut i döden och är därför moraliskt likvärdiga. Vissa menar även att palliativ sedering fungerar som en långsammare eutanasi då patientens mat- och vätsketillförsel avbryts (De Graeff & Dean, 2007). Enligt De Graeff och Dean (2007) är den viktigaste skillnaden mellan eutanasi och palliativ sedering att döden inte är ett kriterium för en lyckad behandling. Tännsjö (2003) påpekar att "*Syftet med sederingen är inte att patienten skall avlida, utan att patienten ska befrias från vidare upplevelser av sitt döende*" (s. 169).

## Sjuksköterskans roll

International Council of Nurses har utformat en etisk kod som vägleder och samlar världens sjuksköterskor till ett gemensamt förhållningssätt oberoende av nationella lagar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017a) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden vilka innefattar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vidare beskrivs att vård skall erbjudas till enskilda personer, familjer och allmänheten samt samordnar sitt arbete med andra yrkesgrupper.

Svensk sjuksköterskeförening beskriver i "Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska" att sjuksköterskans kompetens omfattar ett helhetsperspektiv av patientens situation, vilket inkluderar kunskap om komplexa behov och problem som rör till exempel kommunikation, kognition, andning, cirkulation, smärta, psykosociala-, andliga- och kulturella faktorer (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Vidare beskrivs att sjuksköterskans arbete ska genomsyras av ett etiskt förhållningssätt där omvårdnaden präglas av respekt för mänskliga rättigheter, hänsyn till människors värderingar, vanor, tro, respekt för självbestämmande, integritet och värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Sjuksköterskan spelar en central roll i förebyggandet, utförandet och uppföljning samt eftervård av närstående under den palliativa sederingsprocessen. Vidare observerar sjuksköterskan patienten och har en viktig roll i omvårdnaden för att skapa trygghet och lugn. Sjuksköterskan är också den som skall försäkra patienten och närstående att all information har kommit fram rätt och att den varit begriplig under hela sederingsprocessen. Samverkan i vårdteamet är primärt och sjuksköterskan utgör en förbindelse mellan vårdteamet och patienten och närstående. Under själva sederingen observerar sjuksköterskan patientens fysiska reaktioner noga samt ser till att alla yttre omständigheter är tillfredsställande för patienten och närstående (Claessens, Genbrugge, Vannuffelen, Broeckaert, Schotsmans & Menten, 2007).

## Teoretisk referensram - Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att bejaka människans möjligheter och livskraft. Patienten ses utifrån ett holistiskt perspektiv. Centralt för den personcentrerade vården är att vårdpersonalen lyssnar på patientens berättelse och utifrån denna identifierar resurser, hinder och mål. Personcentrerad vård innebär även att ett partnerskap mellan vårdare och patienten upprättas, där patienten ses som en partner och jämlike. Relationen mellan patient och vårdare präglas av ett ömsesidigt förtroende och respekt mellan parterna. I personcentrerad vård är dokumentationen en viktig del i att säkerställa partnerskapet och den planerade vården (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

Sjuksköterskan skall bedriva omvårdnaden på ett personcentrerat sätt i partnerskap med patient och närstående så att värdighet och integritet bevaras (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Bedömning, planering, genomförande och utvärdering skall alltså ske i partnerskap med patienten och där det önskas med patientens närstående. För att bedriva personcentrerad vård är det viktigt att sjuksköterskan är lyhörd för den person hen har framför sig och för hur den personen känner och tänker (Ternestedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2017). Patientens behov och berättelser om sig själv relaterat till aktuell hälsostatus, livsstil, livsåskådning, tankar och känslor i den aktuella situationen är nödvändigt för sjuksköterskan att ha kunskap om vid planeringen och genomförandet av en personcentrerad vård. En svensk modell inom den palliativa personcentrerade vården för att säkerställa kvalitet och se till att stärka patientens ställning i vården är de så kallade ”6 S:en”. De 6 S:en står för: självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och val av strategier i mötet med döden (Ternestedt et al., 2017).

## **Problemformulering**

Palliativ sedering är en behandlingsmetod som syftar till att lindra plågsamt lidande i livets slutskede när inga andra metoder är tillräckliga. Inom palliativ vård har palliativ sedering blivit ett mycket omdiskuterat och kontroversiellt ämne (Cherny, 2006). Detta på grund av att det fråntar patienten förmåga att interagera. I debatten lyfts frågan bland sjuksköterskor om palliativ sedering är förenligt med god palliativ vård (Cherny, 2006). Sjuksköterskan spelar en central roll under hela den palliativa sederingsprocessen. Det är därför av intresse att i detta fördjupningsarbete undersöka sjuksköterskans erfarenhet av palliativ sedering för att få en fördjupad förståelse och kunskap, samt få en överblick över forskningsläget.

## **Syfte**

Syftet med studien var att systematiskt granska och sammanfatta den vetenskapliga kunskapen om sjuksköterskors erfarenhet av palliativ sedering.

## Metod

En integrativ litteraturöversikt genomfördes för den valda metoden i fördjupningsarbetet. En litteraturöversikt handlar om att skapa en strukturerad översikt och sammanställning av redan publicerade forskningsresultat över ett visst avgränsat område. Metoden är relevant för syftet och problemformulering samt ger en övergripande inblick i det valda omvårdnadsrelaterade området (Friberg, 2017a).

## Litteratursökning

Sökningen utfördes utifrån syftet och artiklar valdes som besvarade det valda syftet. Databaser som användes var PubMed och Cinahl. Dessa valdes då de är två centrala databaser inom omvårdnadsområdet. PubMed innehåller artiklar som omfattar områden inom medicin, omvårdnad samt tandvård och Cinahl innehåller material som berör omvårdnad, fysioterapi samt arbetsterapi (Karlsson, 2017). Dessa databaser var därför av relevans då syftet berör sjuksköterskors erfarenhet inom omvårdnadsområdet och en begränsning gjordes därmed till dessa. Ytterligare artiklar hittades genom manuell sökning utifrån artiklarnas referenslistor samt från en översiktsartikel.

Avgränsning inom det valda området genomfördes i syfte av att sortera bort litteratur som inte svarade för syftet samt att precisera sökningen (Östlund, 2017). Sökningen begränsades till att vara skrivna på engelska samt till tio år för att ta del av så aktuell forskning som möjligt. I Cinahl begränsades sökningen till peer-review då vi endast ville inkludera artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Studier som enbart behandlade specialistutbildade sjuksköterskor exkluderades, samt studier där både sjuksköterskor och läkares erfarenheter undersöktes vars åsikter inte var möjliga att separera. Översiktsartiklar exkluderades samt artiklar som inte motsvarade litteraturstudiens syfte.

Sökorden valdes utifrån syftesformuleringen. Dessa sökord var *palliative sedation*, *terminal sedation*, *deep sedation* (Svensk MESH), *experience\**, *perspective\**, *perception\**, *attitude\** och *nurs\**. Den booleska söktekniken AND användes för att inkludera fler ämnesord i en sökning och OR för att få träffar på någon av eller några av söktermerna (Östlundh, 2017). Trunkering användes för att få olika böjningsformer och därmed få en bredare sökning (Östlundh, 2017). Sökprocessen presenteras i söktabellen: Bilaga 1.

## Urval och Analys

Under sökprocessen granskades först artiklarnas titlar och ett första urval gjordes baserat på att titeln svarade för litteraturstudiens syfte. Östlundh (2017) beskriver att detta är lämpligt för att få en uppfattning om vad som är relevant att fördjupa sig i. Därefter valde vi att läsa artiklarnas abstract från det första urvalet för att få en överskådlig sammanfattning av innehållet. Motsvarande artiklarnas abstract litteraturstudiens syfte valdes de ut för noggrannare granskning, genom fullständig läsning av artiklarna. Kontinuerlig dokumentation av utförandet genomfördes under hela sökprocessen.

Artiklarna som ansågs vara relevanta för studiens syfte kvalitetsgranskades. De kvalitativa artiklarna kvalitetsgranskades med SBU:s granskningsmall för kvalitativ forskningsmetodik (Statens beredning för medicinsk undersökning, 2014). De kvantitativa artiklarna granskades med Röda Korsets granskningsmall av vetenskapliga artiklar (Röda Korsets Högskola, 2005). De artiklar som använde en mixed-method granskades med båda ovan nämnda

granskningsmallar. Dessa presenteras i en artikelöversikt i Bilaga 2, där titel, metod, syfte, resultat samt artiklarnas kvalitet framgår.

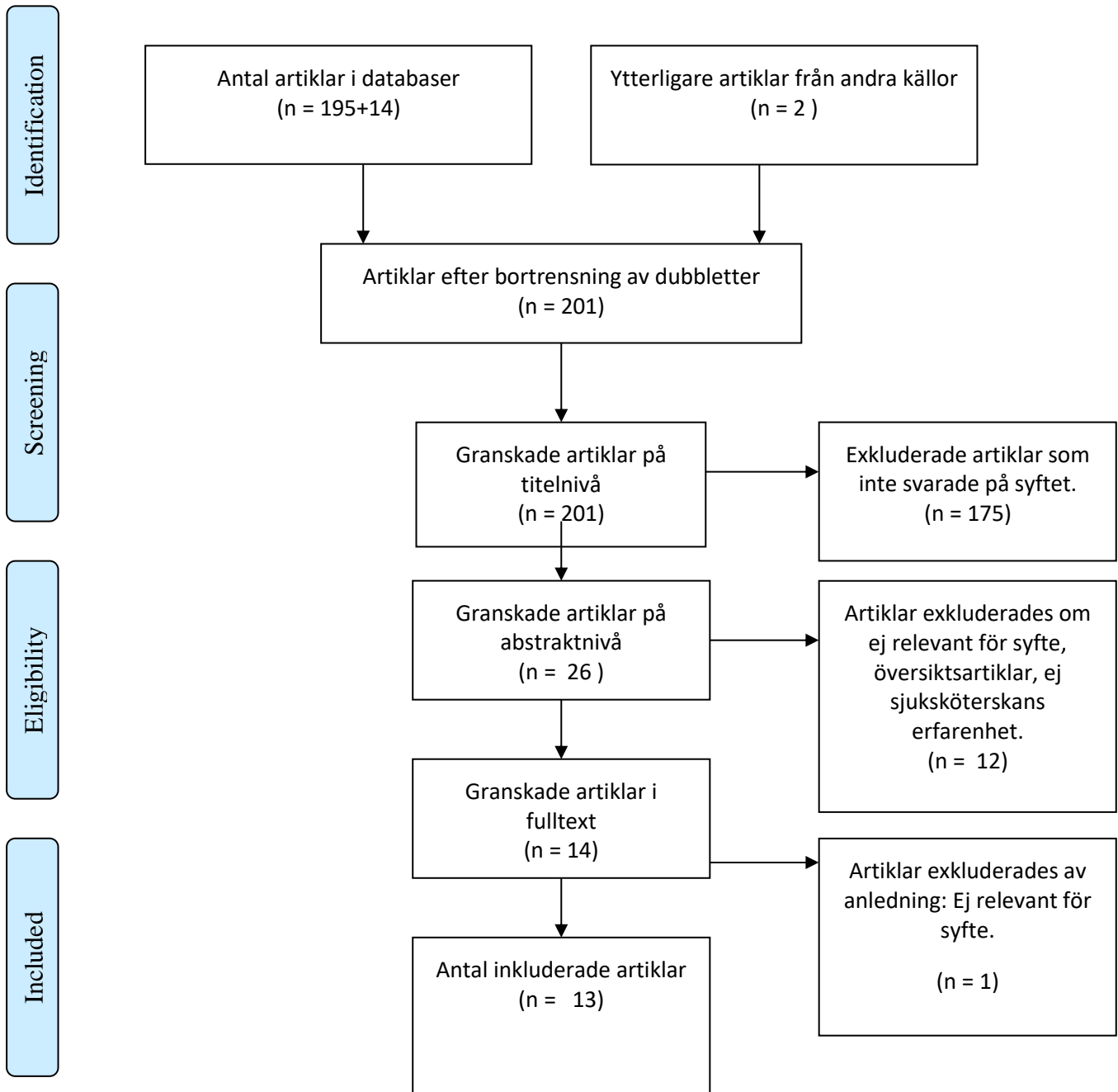
De artiklar som valdes analyserades utifrån Fribergs analysmetod (2017a). Enligt Friberg (2017a) analyseras studier genom ett antal olika analyssteg, där studierna läses igenom flera gånger för att få en övergripande helhetsbild och sammanfattas i en eller ett par sidor som stöd i analysförfarandet. Därefter identifieras likheter respektive skillnader mellan studierna som sedan sammanställs. Artiklarna lästes av båda författarna flertal gånger för att få förståelse för artiklarnas helhet och innebörd. Anteckningar och sammanfattningar av artiklarna gjordes kontinuerligt och noggrant för att bearbeta analysen av resultatet. Från varje artikel identifierades teman som sedan jämfördes med övriga artiklar där likheter och skillnader framkom och gemensamma teman samt subteman formades. Dessa omvandlades sedan till relevanta rubriker och resultatet sammanställdes utifrån dessa.

## Etiskt resonemang

Forskningsetik är en viktig del i det vetenskapliga arbetet och syftar till att skydda människors rättigheter och värde. Det skall även värna om forskningens anseende och samhällets förtroende för högskoleutbildning och forskning (Kjellström, 2017). De flesta av de valda artiklarna i denna litteraturstudie har etiskt godkännande. I artiklarna av Arevalo et al. (2012) & Leboul et al. (2017) framkommer det att studierna inte behövde ett etiskt godkännande av en etisk kommitté och ett resonemang kring orsaken för detta presenteras i studierna. I artikeln av Raus et al. (2012) framkommer det inte i studien om att artikeln fått etiskt godkännande. Däremot kräver tidskriften "Journal of medical ethics" etiskt godkännande, vars tidskrift artikeln är publicerad i. Enligt tidskriften inkluderas inte alltid detaljerad informationen om etiskt godkännande i den slutgiltiga publiceringen (Journal of medical ethics, 2018).

Författarna i denna studien har läst artiklarna flertal gånger för att minska risken för feltolkning av studiernas resultat och valt att ha en ödmjuk och objektiv inställning vid analyseringen och sammanställningen av resultatet. Hänsyn har tagits till författarnas förförståelse kring ämnet. Detta för att undvika personliga värderingar av resultatet.

# Resultat



Figur 1: Prisma flödesschema.

Totalt valdes 13 artiklar ut som underlag för litteraturstudien. Tre kvantitativa, två mixed method och sju kvalitativa artiklar inkluderades.

Artiklarna var från Sverige (Nilsson & Tengvall, 2013), Norge (Venke Gran & Miller, 2008), Indien (Gielen, Gupta, Rajavanshi, Bhatnagar, Mishra, Chaturvedi, Van den Branden & Broeckaert, 2011), Belgien (Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2011) (Gielen, Van den Branden, Van Iersel & Broeckaert, 2012) (Raus, Anquinet, Rietjens, Deliens, Mortier & Sterckx, 2012) (Anquinet, Rietjens, Mathers, Seymour, Van der Heide & Deliens, 2015), Nederländerna (Arevalo, Rietjens, Swart, Perez & Van der Heide, 2013) (Anquinet, Rietjens, Mathers, Seymour, Van der Heide & Deliens, 2015), Storbritannien (Anquinet, Rietjens, Mathers, Seymour, Van der Heide & Deliens, 2015) (De Vries & Plaskota, 2016), Skottland (Zinn & Moriarty, 2012), Colombia (Zuleta-Benjumea, Muñoz, Vélez & Krikorian, 2018) och USA (Patel, Gorawara-Bhat, Levine & Shega, 2012) och Frankrike (Leboul, Aubry, Peter, Royer, Richard & Guirimand, 2017).

Tabell 1. Resultatöversikt över teman och subteman.

<b>Indikation och mål med palliativ sedering</b>	<b>Delaktighet</b>	<b>Kunskap och riktlinjer</b>	<b>Etiska och emotionella aspekter</b>	<b>Kommunikation och interaktion</b>
Lindrat lidande och skapandet av en värdig död	Patientens medgivande och medverkan	Brist på kunskap och behov av utbildning	Etiskt svårt	Betydelsen av kommunikation med patient och närstående
Oenighet kring fysiska eller psykiska symtom som indikation	Tvärprofessionell samverkan	Betydelse av riktlinjer	Etiskt godtagbart	Hinder för kommunikation
Palliativ sedering: det rätta alternativet?	Sjuksköterskans roll och delaktighet i beslutsfattandet		Känslomässiga svårigheter	

## Indikation och mål med palliativ sedering.

Nedan följer en sammanställning av sjuksköterskornas erfarenheter kring vilka indikationer och mål för palliativ sedering som används i praktiken.

### **Lindrat lidande och skapandet av en värdig död**

Sjuksköterskorna i flera av studierna var eniga om att palliativ sedering genomförs när patienten lider av outhärdliga symtom i livets slutskede och när inga andra alternativ längre finns (Nilsson & Tengvall, 2013; Patel et al., 2012; Raus et al., 2014; Venke Gran & Miller, 2008). Det ansågs att sedering var ett sätt för vårdpersonalen att optimera välbefinnande genom att befria patienten från obehag och lidande. Detta gav lättnad till både patienten och omgivningen (Leboul et al., 2017). Nilsson och Tengvall (2013) och De Vries och Plaskota (2017) understryker även att palliativ sedering ses som en metod för att skapa en värdig död. En förutsättning för detta var att patienten skulle uppleva frid, bekvämlighet, lugn och känna sig tillfreds (De Vries & Plaskota, 2017).

### **Oenighet kring fysiska eller psykiska symtom som indikation.**

Majoriteten av sjuksköterskorna i några av studierna var eniga om att svåra fysiska och icke-fysiska symtom som medför ett outhärdligt lidande för patienten är indikationer för palliativ sedering (Nilsson & Tengvall, 2013; Leboul et al., 2017; Patel et al., 2012).

En del sjuksköterskor i studierna var däremot inte eniga om att fysisk smärta är en anledning till palliativ sedering. I Gielen et al. (2011) beskrev en del sjuksköterskor att sänkning av patientens vakenhet genom palliativ sedering inte är en anledning till att kontrollera patientens fysiska smärta. De menade istället att palliativ sedering är till för att kontrollera svårt psykiskt lidande. Även Nilsson och Tengvall (2013) understryker att fysisk outhärdlig smärta inte är en indikation för palliativ sedering då Midazolam inte har en analgetisk effekt, vilket innebär att patienten fortfarande kan ha smärta trots sedering.

Det fanns sjuksköterskor som även ifrågasatte om existentiellt lidande var en anledning till att sedera (Patel et al., 2012; Raus et al., 2014). Enligt Patel et al. (2012) menade några sjuksköterskor att det är etiskt problematiskt att enbart behandla psykosocialt lidande så som känslomässigt, existentiellt lidande med palliativ sedering. En del sjuksköterskor ansåg dock att existentiellt lidande kunde vara likvärdigt med fysiskt lidande och är därmed en anledning till palliativ sedering (Patel et al., 2012; Raus et al., 2014). En sjuksköterska menade att existentiellt lidande är det svåraste lidandet och att palliativ sedering är en effektiv metod för att lindra det.

### **Palliativ sedering; Det rätta alternativet?**

En del sjuksköterskor ifrågasatte om palliativ sedering alltid är det rätta alternativet (Leboul et al., 2017; Raus et al., 2014). Enligt Raus et al. (2014) ansåg en del sjuksköterskor att när det inte längre finns några farmakologiska alternativ och palliativ sedering blir det sista alternativet kan det fortfarande finnas andra icke-farmakologiska alternativ som kan lindra patientens lidande såsom närhet eller existentiellt stöd. Några tyckte att beslut om palliativ sedering sker förhastat och mer tid borde ges åt att överväga andra alternativ (Leboul et al., 2017).



Enligt De Vries och Plaskota (2017) fanns det en osäkerhet och rädsla bland sjuksköterskorna om beslutet för palliativ sedering verkligen var rätt när tiden innan döden blev utdragen. De var oroadade om de hade missat andra orsaker till symtomen som kunde lindras utan sedering.

## Delaktighet

Delaktighet är en central del inom den palliativa vården. Nedan presenteras sjuksköterskornas erfarenhet av att göra patienten samt närstående delaktiga i sederingsprocessen, delaktighet inom det palliativa teamet samt sjuksköterskans roll och delaktighet i beslutsfattandet av palliativ sedering.

### **Patientens medgivande och medverkan**

Sjuksköterskorna underströk vikten av patientens och närståendes delaktighet i beslutsprocessen om palliativ sedering (Geilen et al., 2012; Patel et al., 2012; Raus et al., 2014; Venke Gran & Miller, 2008). Enligt Venke Gran och Miller (2008) menar flera sjuksköterskor att det är patienten och närstående som avgör när symtomen är outhärdliga och när palliativ sedering är nödvändigt. Patientens medgivande ansågs som en viktig aspekt i administreringen av palliativ sedering (Gielen et al., 2012; Zuleta-Benjumea et al., 2018). Enligt Gielen et al. (2012) tyckte majoriteten att patientens medgivande är ett kriterium för att administrera djup kontinuerlig sedering. I studien av Zuleta-Benjumea et al. (2018) framkom det att 97,56 procent av sjuksköterskorna ansåg att djup kontinuerlig sedering endast kan administreras om patienten givit sitt medgivande.

### **Tvärprofessionell samverkan**

Sjuksköterskorna poängterar i ett flertal studier vikten av teamarbete i vården av patienter som är i behov av palliativ sedering (Anquinet et al., 2015; Leboul et al., 2017; Patel et al., 2012; Zinn & Moriarty, 2012). Att involvera andra professioner i den palliativa vården, såsom präster eller kuratorer då patienten framför allt led av icke-fysiskt lidande ansågs vara av stor betydelse (Zinn & Moriarty, 2012). Vidare betonar Zinn och Moriarty (2012) att när teamet samarbetade med närstående i samband med beslut om palliativ sedering skapade det en känsla av trygghet för sjuksköterskorna.

Patel et al. (2012) beskriver förmågan att kommunicera med andra professioner samt att arbeta i ett team som centrala delar i sjuksköterskans roll vid administreringen av palliativ sedering. Sjuksköterskorna poängterade även vikten av att dra nytta av varandras erfarenheter inom teamet, gemensamt bygga kompetens och hjälpa varandra i beslutsfattandet och agerandet vid palliativ sedering (Leboul et al., 2017).

Nilsson och Tengvall (2013) och De Vries och Plaskota (2017) betonar behovet av stöttning från teamet under behandlingsprocessen av palliativ sedering i form av diskussion och reflektion för att hantera känslomässiga och komplexa situationer. Även Leboul et al. (2017) understryker betydelsen av ett gott samarbete som präglas av stöttning och uppmuntran för att minska känslor av rädsla, skuld, osäkerhet eller stress.

## **Sjuksköterskans roll och delaktighet i beslutsfattandet**

Sjuksköterskan ansågs ha en viktig roll i beslutsprocessen i palliativ sedering. Deras roll innefattar att identifiera patientens och närståendes behov samt att identifiera orsaker till patientens fysiska, känslomässiga och existentiella lidande (Anquinet et al., 2015 & Zuleta-Benjumea et al., 2018). Zuleta-Benjumea et al. (2018) beskriver även vikten av att involvera närstående i beslutsfattandet av palliativ sedering.

Enligt Arevalo et al. (2013) och Nilsson och Tengvall (2013) upplevde sjuksköterskorna att de var delaktiga i beslutsprocessen av palliativ sedering. Nilsson och Tengvall (2013) beskriver att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att de hade möjligheten att påverka läkarens beslut eftersom de är närmast patienten och uppmärksammar patientens behov. Det upplevdes som positivt när beslutsfattandet om administrering av palliativ sedering gjordes gemensamt med läkarna (Inghelbrecht et al., 2011 & Zinn & Moriarty, 2012). Zinn och Moriarty (2012) beskriver att när läkaren involverade sjuksköterskorna i beslutsfattandet och respekterade deras bedömningar kände sig sjuksköterskorna styrkta.

Enligt Inghelbrecht (2011) var dock endast 23,4 procent av 250 sjuksköterskor delaktiga i beslutsprocessen av palliativ sedering tillsammans med läkaren. Nilsson och Tengvall (2013) beskriver att sjuksköterskorna upplevde frustration när de inte hade någon möjlighet att påverka läkarens beslut om palliativ sedering.

## **Kunskap och riktlinjer**

Sjuksköterskorna lyfte fram behovet av kunskap och utbildning samt tydliga riktlinjer inom palliativ sedering. Nedan presenteras detta.

### **Brist på kunskap och behov av utbildning**

Flera sjuksköterskor rapporterade om att de hade brist på kunskap och var i behov av undervisning om palliativ sedering (Patel et al., 2012; Zuleta-Benjumea et al., 2018). Enligt Nilsson och Tengvall (2013) ansåg sjuksköterskorna att definitionen av palliativ sedering är otydlig och de var inte helt säkra på dess innebörd. Enligt Patel et al. (2012) ansåg flera sjuksköterskor att hela det palliativa teamet var i behov av undervisning kring palliativ sedering. Flera sjuksköterskor rapporterade att de var i behov av kunskap för att kunna stötta och informera patienten och närstående (Patel et al., 2012; Zuleta-Benjumea et al., 2018). I studien av Zuleta-Benjumea et al. (2018) rapporterade sjuksköterskorna att de förvärvat sin kunskap om palliativ sedering främst från erfarenhet och inte från utbildning. De upplevde att brist på kunskap om palliativ sedering hade en negativ känslomässig påverkan och kunde leda till att sjuksköterskorna förväxlade palliativ sedering med eutanasi. Kunskapsbristen hade även en negativ påverkan på personligt och professionellt självförtroende samt rädsla för att konfrontera frågor från närstående (Zuleta-Benjumea et al., 2018).

### **Betydelse av riktlinjer**

Sjuksköterskorna ansåg att tydliga riktlinjer bör finnas för användning av palliativ sedering (Patel et al., 2012; Raus et al., 2014). Enligt Patel et al. (2012) skulle detta säkerställa klinisk kompetens, skapa trygghet, möjliggöra för vårdgivare att uppnå enighet kring vårdplaner och minimera institutionella problem. Vidare poängterades att definitionen av palliativ sedering

bör förtydligas och därmed bidra till att missuppfattning kring begreppet undviks och att en gemensam förståelse av innebörden etableras (Patel et al., 2012).

## **Etiska och emotionella aspekter**

Sjuksköterskorna lyfte fram det etiska dilemmat av att sänka patientens vakenhet och att lindra lidande samt de känslomässiga svårigheterna vid administrering av palliativ sedering.

### **Etiska svårigheter**

I flera studier rapporterade sjuksköterskorna att de upplevde det etiskt problematiskt när patientens vakenhet sänks i en sådan utsträckning att patienten inte längre kan kommunicera verbalt. Detta komplicerade sjuksköterskans roll då de inte kunde veta patientens behov eller utvärdera om patienten led (Gielen et al. 2011; Leboul et al., 2017; Nilsson & Tengvall, 2013; Venke-Gran & Miller, 2008). Leboul et al. (2017) beskriver vikten av att patienten skall kunna kommunicera ända fram tills döden och relationen mellan patient och vårdare upplevdes som ett misslyckande när de inte längre kunde samarbeta med patienten. Alla deltagarna upplevde i studien ett misslyckande i relationen mellan patient och vårdare när de inte längre kunde samarbeta med patienten. Några av sjuksköterskorna såg sedering som ett hinder för patienten i att kunna uttrycka sig eller kommunicera och detta förstör den meningsfulla tiden i livets slutskede (Leboul et al., 2017).

### **Etiskt godtagbart**

I studien av Venke-Gran och Miller (2008) ansåg några sjuksköterskor att det inte var etiskt svårt att sedera trots att patientens förmåga att kommunicera fråntogs, då de ansåg att målet med behandlingen var att minska patientens lidande, främja värdighet och livskvalité i livets slut. Trots att patientens vakenhet sänks och patientens autonomi fråntas så ansåg en del sjuksköterskor att handlingen var försvarbar då "göra gott" principen ligger till grund för behandlingen (Zinn & Moriarty, 2012). Syftet var alltså att patienten inte skulle behöva lida.

### **Känslomässiga svårigheter**

I en stor andel av studierna framkom det att sjuksköterskorna ansåg att palliativ sedering påskyndar patientens död, eller möjligtvis påskyndar patientens död (Anquinet et al., 2015; De Vries & Plaskota, 2017; Gielen et al., 2011; Inghelbrecht et al., 2011; Leboul et al., 2017; Nilsson & Tengvall, 2013; Vanke-Gran & Miller, 2008; Zuleta-Benjumea, 2018). Enligt en studie ansåg 77 procent av 250 sjuksköterskor att intentionen var delvis eller helt att påskynda döden vid beslut om att genomföra djup kontinuerlig sedering och endast 4,4 procent ansåg att det inte hade en livsförkortande effekt (Inghelbrecht et al., 2011). Sjuksköterskorna upplevde detta som en etisk känslomässig börda (Anquinet, 2015; De Vries & Plaskota, 2017; Leboul et al., 2017; Vanke-Gran & Miller, 2008; Zuleta-Benjumea, 2018). Enligt Raus et al. (2014) nämner en sjuksköterska att en läkare hade använt palliativ sedering som en ersättning för eutanasi för att förkorta livslängden på patienten.

Sjuksköterskorna rapporterade om att de upplevde en rädsla av att de potentiellt kunde döda patienter vid administrering av höga doser (Anquinet et al., 2015; Nilsson & Tengvall, 2013). Enligt Leboul et al. (2017) upplevde sjuksköterskorna svår stress vid administrering av Midazolam. De upplevde även svår ångest på grund av känslan av att tappa kontrollen. Vidare beskrevs att de var rädda för att administrera fel dos och därmed bära ansvaret för patientens

död. Nilsson och Tengvall (2013) beskriver att sjuksköterskorna upplevde en rädsla av att “ge sista injektionen” vid administrering av höga doser och att det kunde vara på gränsen till eutanasi.

De sjuksköterskor med mer erfarenhet kände sig tryggare i att administrera palliativ sedering trots att det fanns en möjlighet att det kunde påskynda döden då syftet var att lindra patientens outhärdliga lidande (De Vries & Plaskota, 2017; Zinn & Moriarty, 2012).

Enligt Nilsson och Tengvall (2013) ansåg de flesta sjuksköterskorna att media hade en negativ påverkan på palliativ sedering. De menade att media gav en felaktig uppfattning och att de har en tendens att jämföra palliativ sedering med eutanasi. Sjuksköterskorna upplevde därför rädsla för medias påverkan på vården för patienten och att palliativ sedering inte används till den utsträckning som krävs.

## Kommunikation och interaktion

Nedan beskrivs sjuksköterskans utbildande roll och hinder som upplevdes kring samtal om palliativ sedering med patient och närstående.

### **Betydelsen av kommunikation med patient och närstående**

Sjuksköterskorna ansåg sig ha en viktig roll i att kontinuerligt informera och kommunicera med patienten och närstående om palliativ sedering (Anquinet et al., 2015; Nilsson & Tengvall, 2013; Patel et al., 2012; Zuleta-Benjumea, 2018). En förutsättning för detta är sjuksköterskans egna förståelse och kunskap inom ämnet samt förmågan att kommunicera med patienten och närstående (Patel et al., 2012). Sjuksköterskan ska ge information om vad sedering innebär och dess mål, hur kroppen fysiskt kommer att förändras, att patientens vakenhet sänks och till följd av det kommer patientens kontakt med omvärlden minskas (Zinn & Moriarty, 2012; Zuleta-Benjumea, 2018). Patienten skall även informeras om vilka andra omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kommer att utföra när patienten sederas (Raus et al., 2012; Zuleta-Benjumea et al., 2018). Anquinet et al. (2015) betonade att sjuksköterskorna hade en utbildande roll i att informera patienten och närstående om vad som väntas i livets slutskede. Detta är av stor vikt för att patienten och närstående skall känna trygghet och få förståelse av processen (Patel et al., 2012; Zinn & Moriarty, 2012).

### **Hinder för kommunikation**

Sjuksköterskorna upplevde att det kan vara svårt att prata om palliativ sedering (Zinn & Moriarty, 2012).

Nilsson och Tengvall (2013) betonar vikten av att prata om palliativ sedering med patienterna, men att sjuksköterskorna upplever en osäkerhet kring hur de skall gå tillväga med att introducera ämnet med patienten. De menar att palliativ sedering är tabubelagt, och att det finns en rädsla att bli missförstådd. Sjuksköterskorna använde därför helst inte begreppet palliativ sedering med patienterna. Istället för att använda begreppet palliativ sedering använde de hellre andra förklaringar för palliativ sedering för att undvika begreppet. Exempel på detta var att de förklarade att patienten kunde få möjlighet att sova.

Sjuksköterskorna betonade vikten av att ha mod och berätta sanningen för patienter och anhöriga om palliativ sedering, trots att sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att prata om (Zinn & Moriarty, 2012).

# Diskussion

## Metoddiskussion

Studien baseras på vetenskapliga artiklar som både är av kvantitativ och kvalitativ metod. Enligt Segesten (2017) syftar studier av kvalitativ metod att ge ökad förståelse av ett fenomen genom att undersöka en individs eller en grups upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov. I kvantitativ metod samlar forskaren in och sammanfattar mätbara och empiriska data för att därefter analysera detta (Nationalencyklopedin, 2018b). De kvalitativa artiklarna i denna uppsats har bidragit till att få en ökad förståelse för sjuksköterskornas personliga uppfattningar om palliativ sedering. De artiklarna av kvantitativ karaktär har bidragit till att en större grupp av sjuksköterskor undersökts. Genom att använda artiklar av båda dessa metoder har givit uppsatsen en bredare kunskap inom området.

De valda artiklarna som ingår i litteraturstudien är peer reviewed, vilket stärker trovärdigheten då studierna är bedömda som vetenskapliga (Henricson, 2017). Informationssökning gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Enligt Henricsson (2017) ökar resultatets sensibilitet vid användningen av flera databaser och stärker även trovärdigheten. Sekundär sökning i artiklarnas referenslistor gjordes i syfte att komplettera sökningen i databaserna, där vi bland annat fann en artikel gjord i Sverige (Nilsson & Tengvall, 2013) vilket ökade tillämpbarheten av examensarbetets resultat i svensk vårdkontext. I informationssökningen på PubMed fann vi en relevant översiktsartikel gjord av Abarshi, Papavasiliou, Preston, Brown och Payne (2014) som granskades. I översiktsartikelns referenslista fann vi ytterligare en studie (Zinn et al., 2012) som var relevant för denna litteraturstudie, och därmed inkluderades denna.

En djupgående bearbetning av artiklarna har genomförts. Vi läste artiklarna upprepade gånger samt sammanfattades för att få en djup förståelse av innehållet samt att i största mån undvika feltolkning. Analysen genomfördes av samtliga artiklar både gemensamt och individuellt. Artiklarna analyserades först individuellt avseende helheten av texterna, och därefter gemensamt för att diskutera och skapa teman, underkategorier samt den nya helheten som utgjorde vårt resultat. Artiklarna granskades med hjälp av vedertagna kvalitetsgranskningsprotokoll. Båda författarna granskade samtliga artiklar och jämförelse av kvalitetsgranskningen genomfördes, vilket enligt Henricson (2017) stärker arbetets reliabilitet. Vidare styrks trovärdigheten och validiteten av examensarbetet med hjälp av vår handledare som har kontrollerat att beskrivningen av resultaten är rimliga och svarar på syftet.

I informationssökningen hade andra sökord och fler sökningar eventuellt bidragit till fler relevanta artiklar. Till exempel "sedation" och "conscious sedation" hade eventuellt gett en bredare sökning och därmed kan relevanta artiklar missats. Detta hade kunnat leda till fler träffar i Cinahl, där vi endast fick 14 träffar. Henricson (2017) skriver att kombinationer av sökord ökar sensitiviteten. En svaghet kan därmed ses då vi inte använde fler kombinationer av sökord. Detta hindrade möjligheten att finna att samma studier återkom under flera olika sökordskombinationer, vilket hade ökat arbetets sensitivitet. Om vi hade sökt i fler databaser med omvårdnadsfokus hade detta kunnat stärkt arbetets validitet och trovärdighet då det enligt Henricson (2017) ökar chansen att finna relevanta artiklar. Fler sökord och kombinationer i olika söksträngar samt sökning i fler databaser hade givit arbetet ett större djup, men på grund av tidsbegränsningen inom utbildningens ram begränsades dessa.

Sökningen begränsades till åren mellan 2008–2018. Detta för att endast få del av aktuell forskning (Östlundh, 2017). Dock kan äldre publicerade artiklar som svarar på syftet missats.

Eventuell bristande analys av resultatet kan ha uppstått då artiklarna är skrivna på engelska och därmed kan feltolkning skett då författarna i denna litteraturstudies modersmål är svenska.

Då artiklarna av Arevalo et al. (2013) och Leboul et al. (2017) inte hade etiskt godkännande kan detta ses som en svaghet. Artiklarna inkluderades ändå på grund av att de förde ett etiskt trovärdigt resonemang och för övrigt hade hög kvalitet samt svarade på syftet i denna litteraturstudie.

Artiklarna är genomförda i en rad olika länder. Detta har både för- och nackdelar. Fördelarna är att resultatet ger en bred kunskap och överblick kring vilka erfarenheter sjuksköterskor har av palliativ sedering ur ett mångkulturellt perspektiv. Många av studierna är utförda i andra europeiska länder, och eftersom att Sverige är integrerat med Europa är det intressant att ta del av sjuksköterskornas erfarenheter i dessa länder. Nackdelarna är sjuksköterskans omvårdnadsarbete kan se olika ut i dessa länder och därmed påverkas överförbarheten. Ett flertal av artiklarna är genomförda i Nederländerna och Belgien där utförandet av eutanasi är lagligt. Detta kan ha betydelse för resultatet då deras attityder av palliativ sedering kan vara påverkat av denna lagstiftning.

I artiklarna ingår sjuksköterskor från olika vårdinstitutioner. En begränsning till en viss kontext hade kunnat öka överförbarheten till liknande institutioner. I denna litteraturöversikt genomfördes inte en begränsning till en särskild vårdinstitution på grund av begränsat forskningsmaterial.

Vår förförståelse av ämnet palliativ sedering var att vi hade ett antagande att sjuksköterskor upplevde ämnet som kontroversiellt och etiskt svårt då vi själva hade upplevt detta i praktiken, samt hört det från andra olika källor. För att inte detta skulle påverka resultatet så höll vi en neutral inställning till sjuksköterskornas erfarenheter och inkluderade alla olika åsikter i vårt resultat.

## Resultatdiskussion

I resultatet framkom det en enighet bland sjuksköterskorna att syftet för palliativ sedering är att lindra outhärdligt lidande i livets slutskede och skapa en värdig död. Detta går hand i hand med målet med den palliativa vården som syftar till att lindra lidande och främja livskvalitet.

Däremot rådde det en oenighet bland sjuksköterskorna om psykiska, existentiella och fysiska symtom är en indikation för palliativ sedering och om palliativ sedering alltid är det rätta alternativet. Tidigare forskning visar att psykosocialt och existentiellt lidande som indikation för palliativ sedering är en kontroversiell fråga (De Graeff & Dean, 2007). Enligt De Graeff och Dean (2007) bör palliativ sedering för psykologisk och existentiellt lidande endast administreras undantagsvis samt efter konsultation med experter inom området. Denna oenighet kring indikationer visar på den inneboende komplexiteten i palliativ sedering. Författarna anser att en konsensus kring indikationerna bör finnas för att skapa tydliga riktlinjer för palliativ sedering. Det framkom även bland sjuksköterskorna i studien att behovet av tydliga riktlinjer var önskvärt för administreringen av palliativ sedering. En av de fyra hörnstenarna inom palliativ vård är symtomlindring. Det kan därmed bli problematiskt

för sjuksköterskan att veta vilka symtom som ska lindras med hjälp av palliativ sedering om det inte finns tydliga riktlinjer kring detta.

Sjuksköterskornas förmåga att bevara och bygga relation med patienterna för att kunna ge stöd och lindra patientens lidande förutsätter att patienten kan förmedla sin smärta och oro genom ord eller kroppsspråk. När patientens medvetande sänks och möjligheten att uttrycka sin smärta eller önskemål fråntas försätts sjuksköterskan i en svår situation då hen inte kan utvärdera patientens behov eller om lämpliga omvårdnadsåtgärder utövas. Detta upplever sjuksköterskorna i studierna som mycket svårt och blir således ett etiskt dilemma. Konflikten av att frånta patientens autonomi och samtidigt lindra det outhärdliga lidande komplicerar sjuksköterskans roll. Sjuksköterskan har ett viktigt uppdrag att arbeta på ett personcentrerat sätt och eftersom sedering fråntar patientens förmåga att kommunicera omöjliggör detta patientens delaktighet vilket är centralt i den personcentrerade vården. När patientens förmåga att kommunicera fråntas så försvinner även möjligheten att skapa goda kontakter mellan patient och sjuksköterska, vilket enligt hälso- och sjukvårdslagen är en viktig beståndsdel i att bedriva en god vård (SFS 2017:30). Enligt patientlagen skall hälso- och sjukvården skapa förutsättningar för patientens delaktighet och vården skall utgå från patientens vilja och önsningar (SFS 2014:821). Då syftet med palliativ sedering är att lindra patientens outhärdliga lidande ställs "Autonomiprincipen" och "göra gott principen" emot varandra och en avvägning mellan dessa principer måste därmed göras. Enligt "Svenska läkaresällskapets etiska riktlinjer för palliativ sedering" förutsätter det att patienten givit sitt medgivande till att hens autonomi blir fråntagen och att när inga andra behandlingsmetoder är möjliga ska behandling som påverkar vakenheten erbjudas (Svenska läkaresällskapet, 2010).

Sjuksköterskorna ansåg att patientens medgivande till palliativ sedering är ett kriterium för behandlingen. Detta går hand i hand med sjuksköterskans personcentrerade omvårdnadsarbete i att främja patientens ställning i vården med respekt för patientens självbestämmande. Även patientlagen betonar att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras (SFS 2014:821).

Sjuksköterskans roll präglas till stor del av att kommunicera med patient och närstående samt att bidra med information under sederingsprocessen. Sjuksköterskan är också den som skall försäkra patienten och närstående att all information har kommit fram rätt och att den varit begriplig under hela sederingsprocessen. Då resultatet i denna litteraturstudie talar för att en stor kunskapsbrist råder, hindrar detta sjuksköterskans förutsättningar att ge adekvat information till patient och närstående. En rädsla för att bli missförstådd gjorde att sjuksköterskorna upplevde det svårt att prata om palliativ sedering samt en osäkerhet i hur de skulle gå tillväga med att introducera ämnet med patienten. En tidigare studie beskriver att sjuksköterskans bristande kunskap var en faktor till de bördor sjuksköterskor upplever vid palliativ sedering (Morita, Miyashita, Kimura, Adachi, Shima, 2004). För att sjuksköterskan skall kunna möta patienten och närståendes behov och försäkra sig om att patienten förstår den informationen som ges behöver därmed sjuksköterskan vara väl införstådd inom området.

Teamarbetet ansågs vara av stor betydelse för sjuksköterskorna i behandlingen av palliativ sedering. Sjuksköterskor poängterade att kommunikation med andra professioner samt att arbeta i ett team som centrala delar i sjuksköterskans roll. Detta beskriver även två av de fyra hörnstenarna "Teamarbete" och "Kommunikation och relation" inom palliativ vård där samarbete mellan professionerna är viktiga beståndsdelar i att tillgodose patientens behov (Strang, 2012). Jakobsson, Andersson och Öhlén (2014) beskriver att teamsamverkan är av



stor betydelse för en god och optimal vård i livets slutskede. Sjuksköterskans delaktighet i beslutsfattandet upplevdes som positivt bland sjuksköterskorna. Trots detta så framkom det att sjuksköterskan inte alltid är delaktig i beslutsfattandet. Enligt författarna av denna uppsats är det av stor vikt att involvera sjuksköterskorna i beslutsfattandet då de har en viktig roll i hela processen och utgör även en viktig förbindelse med de involverade.

Palliativ sedering hade en etisk och känslomässig börda på majoriteten av sjuksköterskorna. Sjuksköterskor ansåg att palliativ sedering kunde påskynda döden och att det hade en livsförkortande effekt. Detta trots att flertal empiriska studier visar att sedering inte har en livsförkortande effekt (Chiu, Hu, Lue, Cheng & Chen, 2001; Sykes & Thorns, 2003). En del Sjuksköterskor upplevde även rädsla och oro i att eventuellt döda patienten vid administreringen av höga doser. Däremot framkom det att sjuksköterskor med mer erfarenhet kände sig tryggare i administreringen. En tidigare studie av Morita et al. (2004) visade att emotionell börda var signifikant högre bland sjuksköterskor med mindre klinisk erfarenhet. Det kan därmed finnas ett samband med att ha erfarenhet i att administrera palliativ sedering och vara mer trygg i utförandet. Vid palliativ sedering har sjuksköterskan en viktig roll i omvårdnaden för att skapa trygghet och lugn. Om sjuksköterskan är otrygg i sin roll vid palliativ sedering kan detta leda till att hen i sin tur misslyckas med att förmedla trygghet till patienter och närstående. Författarna tror att mer utbildning och tydliga riktlinjer inom palliativ sedering kan leda till att sjuksköterskan blir mer trygg i utförandet. Stöd i form av utbildning och tror vi är av stor vikt då sjuksköterskorna upplever palliativ sedering som etiskt och känslomässigt svårt.

I resultatet framkom det att media hade en negativ påverkan hos sjuksköterskor och bidrog ytterligare till rädsla och osäkerhet kring palliativ sedering. Detta talar för att sjuksköterskorna behöver vara trygga inom ämnesområdet. Om media bidrar till en felaktig bild kring palliativ sedering anser författarna att mer öppen diskussion behövs för att syftet med palliativ sedering inte skall missförstås.

## **Konklusion**

I fördjupningsarbetet har det framkommit att sjuksköterskan upplevde etiska och känslomässiga svårigheter som de ansåg indikerade på behov av ytterligare kunskap och utbildning inom palliativ sedering. Detta skulle få sjuksköterskan att känna sig tryggare vid administreringen. Det framkom att sjuksköterskor inte var säkra på definitionen av palliativ sedering. Vikten av tydliga riktlinjer och utbildning framkom för att minska stress och osäkerhet bland sjuksköterskor. Ett gott samarbete som präglas av stöttning från det tvärprofessionella teamet är centralt för att skapa en optimal och god palliativ vård för patienten i livets slutskede, där sjuksköterskan har en betydande roll.

## **Implikationer och vidare forskning**

Resultatet i vår studie bidrar till förståelse och fördjupad kunskap om sjuksköterskans erfarenhet av palliativ sedering. För sjuksköterskor kan detta leda till ökad diskussion om palliativ sedering inom den palliativa vården och bidra till förbättringsarbetet och en hållbar utveckling. Vidare kan resultatet bidra till insatser i form av undervisning och riktlinjer för palliativ sedering då bristen på kunskap var genomgående i detta resultat. Resultatet påvisar även vikten av samarbete inom det tvärprofessionella teamet och dess positiva effekter både för patient och sjuksköterskor vid behandlingen av palliativ sedering. Insatser för att förbättra

och skapa förutsättningar för gott samarbete mellan teamen bör därmed utvecklas inom hälso- och sjukvården. Författarna i denna litteraturstudie anser att fördjupning om palliativ vård och då även palliativ sedering i sjuksköterskeutbildningen bör finnas för att normalisera diskussionen om palliativ sedering. Vidare forskning kring hur sjuksköterskan kan samtala om palliativ sedering och de faktorer som kan minska sjuksköterskans etiska stress inom palliativ sedering rekommenderas av författarna. Författarna anser att ytterligare forskning om sjuksköterskors erfarenheter inom Sverige bör genomföras då detta är ett mycket viktigt och etiskt känsligt ämne.

## Referenslista

- Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., Payne, S., & IMPACT, E. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*, 47(5), 915-925. e911.
- Anquinet, L., Rietjens, J. A., Mathers, N., Seymour, J., van der Heide, A., & Deliens, L. (2015). Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: in-depth qualitative interviews in three European countries. *J Pain Symptom Manage*, 49(1), 98-109. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.012
- Arevalo, J. J., Rietjens, J. A., Swart, S. J., Perez, R. S., & van der Heide, A. (2013). Day-to-day care in palliative sedation: survey of nurses' experiences with decision-making and performance. *Int J Nurs Stud*, 50(5), 613-621. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.004
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.
- Brattgård, D. (2012). Om konsten att dö- etiska och palliativa aspekter. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s.67-89). Stockholm: Liber.
- Cherny, N.I. (2006). Palliative sedation. I E. Bruera, I.J. Higginson, C. Ripamonti & C.V. Gunten (Eds.), *Textbook of palliative medicine*. (s. 976-987) London: Edward Arnold publishers ltd
- Chiu, T. Y., Hu, W. Y., Lue, B. H., Cheng, S. Y., & Chen, C. Y. (2001). Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*, 21(6), 467-472.
- Claessens, P., Genbrugge, E., Vannuffelen, R., Broeckaert, B., Shotsmans, P., & Menten, J. (2007). Palliative sedation and nursing: The place of palliative sedation within palliative nursing care. *Journal of hospice and palliative nursing*, 9(2), 100-108. doi: 10.1097/01.NJH.0000263527.14800.2b
- 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. doi: 10.1089/jpm.2006.0139
- De Vries, K., & Plaskota, M. (2017). Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliat Support Care*, 15(2), 148-157. doi:10.1017/s1478951516000419
- Eckerdal, G., Birr, A., & Lundström, S. (2009). Palliativ sedering är ovanlig inom specialiserad palliativ vård i Sverige. *Läkartidningen*, 10, 15-16. URL: [http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/11591/LKT0910f1\\_2NY.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/11591/LKT0910f1_2NY.pdf)
- Eckerdal, G. (2012). Palliativ sedering. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s.40-43). Stockholm: Liber.

- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s.69-92). Stockholm: Liber AB
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.83-96). Lund: Studentlitteratur.
- Gielen, J., Gupta, H., Rajvanshi, A., Bhatnagar, S., Mishra, S., Chaturvedi, A. K., . . . Broeckaert, B. (2011). The Attitudes of Indian Palliative-care Nurses and Physicians to Pain Control and Palliative Sedation. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(1), 33-41. doi:10.4103/0973-1075.78447
- Gielen, J., Van den Branden, S., Van Iersel, T., & Broeckaert, B. (2012). Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation: a quantitative study. *Nurs Ethics*, 19(5), 692-704. doi:10.1177/0969733011436026
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2011). Continuous deep sedation until death in Belgium: a survey among nurses. *J Pain Symptom Manage*, 41(5), 870-879. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.07.022
- Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2014). Livets slutskede. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdandens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 179-209). Lund: Studentlitteratur.
- Journal of medical ethics. (2018). *Editorial policies*. Hämtad 2018-11-01 från <https://authors.bmj.com/policies/>
- Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81-97). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Leboul, D., Aubry, R., Peter, J. M., Royer, V., Richard, J. F., & Guirimand, F. (2017). Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliat Care*, 16(1), 25. doi:10.1186/s12904-017-0198-8
- Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I., & Shima, Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med*, 18(6), 550-557. doi:10.1191/0269216304pm911oa

- Nationalencyklopedin. (2018a). *Palliativ vård*. Hämtad 2018-10-23 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/palliativ-v%C3%A5rd>
- Nationalencyklopedin. (2018b). *Kvantitativ metod*. Hämtad 2018-11-19 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kvantitativ-metod>
- Nilsson, Å., & Tengvall, C. (2013). One last opportunity: Swedish nurses' experiences of palliative sedation. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(6), E1-E5.
- Ottosson, J-O. (2012). Eutanasi, assisterat självmord eller palliativ vård?. I P. Strang, B, Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s.35-39). Stockholm: Liber.
- Patel, B., Gorawara-Bhat, R., Levine, S., & Shega, J. W. (2012). Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals. *J Palliat Med*, 15(4), 432-437. doi:10.1089/jpm.2011.0336
- Raus, K., Anquinet, L., Rietjens, J., Deliens, L., Mortier, F., & Sterckx, S. (2014). Factors that facilitate or constrain the use of continuous sedation at the end of life by physicians and nurses in Belgium: results from a focus group study. *J Med Ethics*, 40(4), 230-234. doi:10.1136/medethics-2012-100571
- Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2018-10-23 från [https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall\\_granskning.pdf](https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf)
- 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.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: vägledning, rekommendationer och indikationer - stöd för styrning och ledning*. Hämtad 23 Oktober, 2018, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2010). *Tydliggörande om palliativ sedering*. Hämtad 2018-10-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18215/2010-12-27.pdf>
- Statens beredning för medicinsk undersökning. (2014). *Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 2018-10-23 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)
- Strang, P. (2012). Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s.30-34). Stockholm: Liber.

- Svenska Läkaresällskapet. (2010). *Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede*. Stockholm: Svenska läkaresällskapet
- Svenska palliativregistret. (u.a.). *Livskvalitet i livets slut*. Hämtad 2018-10-23 från <http://palliativ.se/hem/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Sykes, N., & Thorns, A. (2003). Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, 163(3), 341-344.
- Ternstedt, B-M., & Andershed, B. (2013). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed, B-M. Ternstedt, & C. Håkanson. (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och Praktik* (s.103-114). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2017). *De 6 S:n. En modell för personcentrerad palliativ vård*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Tännsjö, T. (2003). Terminal sedering, ett alternativ i god palliativ vård? I L. Sandman & S. Woods (Red.), *God palliativ vård - etiska och filosofiska aspekter* (s.168-185). Lund: Studentlitteratur.
- Venke Gran, S., & Miller, J. (2008). Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *Int J Palliat Nurs*, 14(11), 532-538.  
doi:10.12968/ijpn.2008.14.11.31757
- Vårdhandboken. (2016). *Vård i livets slutskede och dödsfall – Översikt*. Hämtad 2018-10-23 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/Oversikt/>
- WHO. (2018). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 2018-10-23 från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Zinn, C. L., & Moriarty, D. (2012). Nurses' perceptions of palliative sedation in a Scottish hospice: an exploratory study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(5), 358-364.
- Zuleta-Benjumea, A., Munoz, S. M., Velez, M. C., & Krikorian, A. (2018). Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation. *J Clin Nurs*, 27(21-22), 3968-3978.  
doi:10.1111/jocn.14582
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59-82). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1- söktabell

### Cinahl

<u>Datum</u>	<u>Sökord</u>	<u>Begränsningar (Limits)</u>	<u>Antal träffar</u>	<u>Relevanta abstract</u>	<u>Granskade artiklar</u>	<u>Valda artiklar</u>
20/10	(Terminal sedation OR palliative sedation OR Deep sedation) AND nurs* AND (Experience* OR perspective* OR perception* OR attitude*)	peer-review 10 years English	14	7	7	<p>Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., &amp; Deliens, L. (2011). Continuous deep sedation until death in Belgium: a survey among nurses. <i>J Pain Symptom Manage</i>, 41(5), 870-879. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.07.022 3.</p> <p>Arevalo, J. J., Rietjens, J. A., Swart, S. J., Perez, R. S., &amp; van der Heide, A. (2013). Day-to-day care in palliative sedation: survey of nurses' experiences with decision-making and performance. <i>Int J Nurs Stud</i>, 50(5), 613-621. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.004</p> <p>Gielen, J., Gupta, H., Rajvanshi, A., Bhatnagar, S., Mishra, S., Chaturvedi, A. K., . . . Broeckaert, B. (2011). The Attitudes of Indian Palliative-care Nurses and Physicians to Pain Control and Palliative Sedation. <i>Indian Journal of Palliative Care</i>, 17(1), 33-41. doi:10.4103/0973-1075.78447</p>

## Pubmed

<u>Datum</u>	<u>Sökord</u>	<u>Begränsningar (Limits)</u>	<u>Antal träffar</u>	<u>Relevanta abstract</u>	<u>Granskade artiklar</u>	<u>Valda artiklar</u>
20/10	(Terminal sedation OR palliative sedation OR Deep sedation) AND nurs* AND (Experience* OR perspective* OR perception* OR attitude*)	10 years English	195	19	19	<p>Anquinet, L., Rietjens, J. A., Mathers, N., Seymour, J., van der Heide, A., &amp; Deliens, L. (2015). Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: in-depth qualitative interviews in three European countries. <i>J Pain Symptom Manage</i>, <i>49</i>(1), 98-109. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.012</p> <p>De Vries, K., &amp; Plaskota, M. (2017). Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. <i>Palliat Support Care</i>, <i>15</i>(2), 148-157. doi:10.1017/s1478951516000419</p> <p>Gielen, J., Van den Branden, S., Van Iersel, T., &amp; Broeckaert, B. (2012). Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation: a quantitative study. <i>Nurs Ethics</i>, <i>19</i>(5), 692-704. doi:10.1177/0969733011436026</p> <p>Leboul, D., Aubry, R., Peter, J. M., Royer, V., Richard, J. F., &amp; Guirimand, F. (2017). Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. <i>BMC Palliat Care</i>, <i>16</i>(1), 25. doi:10.1186/s12904-017-0198-8</p> <p>Patel, B., Gorawara-Bhat, R., Levine, S., &amp; Shega, J. W. (2012). Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals. <i>J Palliat Med</i>, <i>15</i>(4), 432-437. doi:10.1089/jpm.2011.0336</p> <p>Raus, K., Anquinet, L., Rietjens, J., Deliens, L., Mortier, F., &amp; Sterckx, S. (2014). Factors that facilitate or constrain the use of continuous sedation at the end of life by physicians and nurses in Belgium: results from a focus group study. <i>J Med Ethics</i>, <i>40</i>(4), 230-234. doi:10.1136/medethics-2012-100571</p> <p>Venke Gran, S., &amp; Miller, J. (2008). Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. <i>Int J Palliat Nurs</i>, <i>14</i>(11), 532-538. doi:10.12968/ijpn.2008.14.11.31757</p> <p>Zuleta-Benjumea, A., Munoz, S. M., Velez, M. C., &amp; Krikorian, A. (2018). Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation. <i>J Clin Nurs</i>, <i>27</i>(21-22), 3968-3978. doi:10.1111/jocn.14582</p>



## Sekundär sökning

<u>Vald artikel</u>	<u>Hittad från referenslistan</u>
Nilsson, Å., & Tengvall, C. (2013). One last opportunity: Swedish nurses' experiences of palliative sedation. <i>Journal of Hospice &amp; Palliative Nursing</i> , 15(6), E1-E5	De Vries, K., & Plaskota, M. (2017). Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. <i>Palliat Support Care</i> , 15(2), 148-157. doi:10.1017/s1478951516000419
Zinn, C. L., & Moriarty, D. (2012). Nurses' perceptions of palliative sedation in a Scottish hospice: an exploratory study. <i>Journal of Hospice &amp; Palliative Nursing</i> , 14(5), 358-364.	Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., Payne, S., & IMPACT, E. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. <i>J Pain Symptom Manage</i> , 47(5), 915-925. e911.

## Bilaga 2 - Artikelöversikt

Artikels namn författare publiceringsår land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kommentarer om kvalitet
Continious deep sedation until death in Belgium: A survey among nurses.  Inghelbrecht et al. (2011)  Belgien	Undersöka kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter, närstående samt läkare innan påbörjandet av djup kontinuerlig sedering. Samt att undersöka hur sjuksköterskor upplever denna metod.	Kvantitativ enkätundersökning.  Av 1678 sjuksköterskor svarade 75,4% på frågeformuläret. 250 sjuksköterskor rapporterade fall där de vårdat patienter med djup kontinuerlig sedering.	Sjuksköterskor i olika vårdinrättningar är ofta delaktiga i beslutsfattandet kring djup kontinuerlig sedering. De ser det huvudsakligen som en behandling som påskyndar döden och förkortar livslängden.	Hög kvalitet
Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation: A quantitative study.  Gielen et al. (2012)  Belgien	Undersöka sjuksköterskors attityder till palliativ sedering med fokus på etiska attityder samt analysera demografiska parametrar inklusive religion och världsbildens påverkan på dessa attityder.	Kvantitativ enkätundersökning gjord på 415 sjuksköterskor.	En majoritet tyckte inte att eutanasi var bättre än palliativ sedering  Sjuksköterskorna var oense om det var nödvändigt att administrera mild intermittert sedering före djup kontinuerlig.	Hög kvalitet
Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation.  Zuleta-Benjumea et al. (2018)  Colombia	Undersöka sjuksköterskornas uppfattning om deras roll, kunskap, kompetens, och emotionella påverkan vid administrering av palliativ sedering.	Mixed-Method: Kvalitativ och kvantitativ studie. Den kvalitativa delen är gjord på en fenomenologisk analys.  Enkätundersökning gjord på 41 sjuksköterskor  Fyra fokusgrupper med 22 sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna ansåg att deras kunskap hade förvärvats genom erfarenhet men att de inte hade tillräckligt med kunskap för att känna sig trygga i rollen. Sjuksköterskorna upplevde även att brist på kunskap om PS hade en negativ känslomässig påverkan.	Hög kvalitet

<p>Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: In-depth qualitative interviews in three european countries.</p> <p>Anquinet et al. (2015)</p> <p>Belgien, Nederländerna &amp; Storbritannien.</p>	<p>Undersöka läkares och sjuksköterskors syn på deras samarbete, roller och ansvar beträffande palliativ sedering utförd i hemmet i Belgien, Nederländerna och Storbritannien.</p>	<p>Kvalitativ retrospektiv fallstudie.</p> <p>Intervju med 25 läkare och 26 sjuksköterskor.</p>	<p>I Belgien och Nederländerna fattade läkaren beslut om när palliativ sedering skulle användas. I Storbritannien var det sjuksköterskan som framförde förslag om palliativ sedering samt när det skulle användas. I alla tre länder framkom det att sjuksköterskorna utförde sedering utan läkarens närvaro, vilket upplevdes som en emotionell börda.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Nurses attitudes and experiences surrounding palliative sedation: Components for developing policy for nursing professionals</p> <p>Patel et al. (2012)</p> <p>USA</p>	<p>Belysa sjuksköterskans perspektiv om deras kunskap och kompetens som krävs vid administrering av palliativ sedering. Detta för att utveckla en sjukhuspolicy som behandlar identifierade problem.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Fyra fokusgrupper med 31 sjuksköterskor intervjuades.</p>	<p>Sjuksköterskorna identifierade fem viktiga teman i utvecklandet av policy kring palliativ sedering: Förmågan att definiera palliativ sedering, kriterier för användandet, färdigheter för att administrera, policy och riktlinjer, samt utbildning om palliativ sedering och vård i livets slutskede.</p>	<p>Hög. kvalitet</p>
<p>Factors that facilitate or constrain the use of continuous sedation at the end of life by physicians and nurses in belgium: results from a focus group study</p> <p>Raus et al. (2012)</p> <p>Belgien</p>	<p>Ta reda på vilka faktorer som eventuellt hindrar eller främjar tillämpningen av kontinuerlig sedering bland läkare och sjuksköterskor.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervju med 8 läkare och 13 sjuksköterskor.</p>	<p>Administrering av kontinuerlig sedering ges enligt fokusgrupperna till patienter som har en mycket begränsad förväntad livslängd, lider outhärdligt, själva önskar bli sederade samt att närstående</p>	<p>Medelhög. saknar kommentar om etiskt godkännande. (Tidsskriften kräver detta).</p>
<p>Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation</p> <p>Venke Gran et al. (2008)</p> <p>Norge</p>	<p>Undersöka om sjuksköterskor upplevde djup palliativ sedering som ett etiskt problem, och i så fall varför det var ett etiskt dilemma för dem.</p>	<p>Mixed-method. Kvantitativ och kvalitativ studie.</p> <p>enkät med slutna och öppna frågor gavs ut till 73 sjuksköterskor.</p>	<p>63% av sjuksköterskorna upplevde djup palliativ sedering som ett etiskt problem. En del ansåg att det var etiskt problematiskt när patienten inte kunde vara delaktig i beslutsfattandet. 13 sjuksköterskor ansåg att djup palliativ sedering inte var etiskt svår när syftet med interventionen var att främja kvalitet och värdighet i livets slutskede.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>The attitudes of indian palliative-care nurses and physicians to pain control and palliative sedation</p> <p>Gielen et al. (2011)</p> <p>Indien</p>	<p>Undersöka indiska sjuksköterskors och läkares åsikter om och attityder mot palliativ sedering inom den palliativa vården. Samt att ta reda på i vilken utsträckning de anser att smärtstillande och palliativ sedering är acceptabelt och av vilken anledning.</p>	<p>Kvalitativ studie. Grounded theory.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer med 14 läkare och 13 sjuksköterskor</p>	<p>Deltagarna ansåg att smärtstillande i höga doser inte utgjorde ett etiskt problem. Mild palliativ sedering ansågs acceptabelt men oeniga om palliativ sedering kan vara djup och kontinuerlig. Argument mot djup sedering var att de hade tog bort patientens sociala förmåga och möjlighet till dagliga aktiviteter.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>One last opportunity. Swedish nurses' experience of palliative sedation</p> <p>Nilsson &amp; Tengvall (2013)</p> <p>Sverige</p>	<p>Belysa sjuksköterskors upplevelse av palliativ sedering inom specialiserad palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer med 14 sjuksköterskor.</p>	<p>sjuksköterskorna upplevde att definitionen av palliativ sedering otydlig. Palliativ sedering används för att lindra outhärdliga symtom och ses som ett sista alternativ när inga andra alternativ är möjliga. Teamarbete ansågs viktigt för sjuksköterskorna. De upplevde det etiskt svårt när patienten inte kunde kommunicera verbalt och när höga sederande doser administrerades.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study</p> <p>Leboul et al. (2017)</p> <p>Frankrike</p>	<p>Ge en omfattande beskrivning av vårdpersonalens åsikter om midazolam och palliativ sedering på en palliativ enhet i Frankrike.</p>	<p>Kvalitativ studie. Grounded theory.</p> <p>sjuksköterskor från tre palliativa vårdavdelningar. Totalt 28 st deltagare.</p>	<p>Sjukvårdspersonalen upplevde osäkerhet kring medicinsk, psykosocial och etisk rättfärdiggörande för palliativ sedering. Osäkerheten bidrog till psykisk börda och etiskt stress.</p>	<p>Medelhögkvalité.</p> <p>Saknar etiskt godkännande, men behövde enligt fransk lag inte etiskt godkännande</p>
<p>Nurses' perceptions of palliative sedation in a Scottish hospice.</p> <p>Zinn et al. (2012)</p> <p>Skottland</p>	<p>Undersöka kunskapen, uppfattningen och erfarenheter av palliativ sedering hos sjuksköterskor som arbetar på hospice i Skottland.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fem sjuksköterskor.</p>	<p>Sjuksköterskorna såg palliativ sedering som en lämplig metod när patienten led av svårbehandlat lidande samt när döden förväntades vara nära och när det inte fanns några andra alternativ kvar. De ansåg att beslut om palliativ sedering skall ske i teamet. De beskrev att stöttning inom teamet och tillfälle för reflektion var viktiga delar i att kunna hantera vården av patienter i behov av palliativ sedering.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Day-to day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance.</p> <p>Arevalo et al. (2013)</p> <p>Nederländerna.</p>	<p>Beskriva sjuksköterskornas erfarenheter kring beslutsfattande och utförandet av kontinuerlig palliativ sedering.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>tvärsnittsstudie.</p> <p>enkät skickades till 576 sjuksköterskor. 48,09% svarade på enkäten.</p>	<p>sjuksköterskorna upplevde att det var i 84% av fallen delaktiga i beslutsfattande. De höll med läkarens beslut om att sedera i 95,97% av fallen. De var även närvarande i början av sederingsprocessen i 81,40% av fallen. Sjuksköterskornas huvudsakliga roll i beslutsfattandet var att utgöra ett stöd för läkaren och patienten.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Har inte fått etiskt godkännande. Skriver att de inte behövde det.</p>

<p>Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer</p> <p>De Vries &amp; Plaskota (2016)</p> <p>England</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors erfarenheter vid administrering av palliativ sedering då cancerpatienter lider av lidande i livets slutskede</p>	<p>Kvalitativ studie med Fenomenologisk ansats.</p> <p>semistrukturerade intervjuer med sju utvalda sjuksköterskor.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde ofta emotionell och etisk stress vid administrering av palliativ sedering. För att utföra denna typ av behandling krävs självförtroende och kompetens bland sjuksköterskorna samt stöttning inom hospice teamet.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
--	---	---	---	---------------------