

Sjuksköterskors erfarenheter av palliativ sedering

- En litteraturöversikt

Kristina Lekedal

Omvårdnad (GR) C, Examensarbete på grundnivå
Huvudområde: Omvårdnad
Högskolepoäng: 15 hp
Termin/år: T6, Höstterminen 2016
Handledare: Pia Olsson
Examinator: Åsa Carlsund
Kurskod/registreringsnummer: OM019G
Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Abstrakt

Bakgrund: Det är inte ovanligt att patienter med progressiv och obotlig cancer upplever flera svåra symtom. Palliativ vård är en behandlingsform vars mål är att lindra lidande samt främja så god livskvalitet som möjligt för patienter med progressiv eller livshotande sjukdom. När lindrande behandling inte längre ger adekvat symptomkontroll finns alternativet till palliativ sedering. **Syfte:** Var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av palliativ sedering som behandlingsform hos patienter med cancersjukdom. **Metod:** Systematisk sökning av vetenskapliga artiklar för en litteraturöversikt. I resultatet inkluderades 12 vetenskapliga artiklar varav 6 kvalitativa artiklar, 5 kvantitativa artiklar och 1 med båda ansatserna. **Resultat:** I resultatet återges 3 teman; Sjuksköterskors erfarenheter av riktlinjer och indikationer för palliativ sedering, Sjuksköterskors upplevelser av kommunikation med läkare, patienter och anhöriga, Sjuksköterskors känslomässiga upplevelser kring palliativ sedering. **Diskussion:** Sjuksköterskor upplevde att policy och riktlinjer ställde ökade krav på kunskaper samtidigt som det försäkrade en klinisk kompetens. En upplevelse var att anhörigas och patienters delaktighet i kommunikation och beslutsprocess var betydande för korrekt beslutstagande. **Slutsats:** Litteraturöversikten visar att sjuksköterskor upplevde att patienter får adekvat symptomkontroll genom palliativ sedering samtidigt som känslomässiga upplevelser väcktes. Tydliggörande av riktlinjer samt framtida forskning inom området är väsentligt för den kliniska verksamheten för sjuksköterskor.

Nyckelord: Cancer, Djup sedering, Palliativ vård, Symtomlindring

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Cancer	1
Palliativ vård.....	1
Palliativ Sederling.....	2
Sjuksköterskans roll	3
Teoretisk referensram	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Inklusions- och exklusionskriterier.....	5
Litteratursökning.....	5
<i>Tabell 1. Översikt av litteratursökning</i>	6
Urval, relevansbedömning och granskning	7
Analys	7
Etiska Överväganden.....	8
Resultat	8
<i>Tabell 4. Resultatöversikt över teman.</i>	8
Riktlinjer och indikationer för palliativ sederling.....	8
Kommunikation med läkare, patienter och anhöriga	11
Känslomässiga upplevelser kring palliativ sederling	13
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats	21
Referenslista	
Bilaga 1. Modifierad bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Carlsson & Eiman, 2003)	
Bilaga 2. Modifierad bedömningsmall för studier med kvantitativ metod (Carlsson & Eiman, 2003)....	
Bilaga 3. <i>Tabell 2. Översikt av inkluderade artiklar i resultatet</i>	
Bilaga 4. <i>Tabell 3. Exempel på analysarbetet</i>	

Introduktion

Hälso- och sjukvården ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet där varje patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård. Detta är även av betydelse för patienter i livets slutskede. Trots många svårigheter kan den sista tiden i den enskilda människas liv bli värdefull genom tillämpning av palliativ vård.

Bakgrund

Cancer

Det dör omkring 90 000 människor årligen i Sverige och av dessa bedöms 80% ha varit i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013). Enligt Socialstyrelsens Statistikdatabas för dödsorsaker avled 23455 människor, år 2015, i Sverige till följd av en tumörsjukdom. Detta gör cancer till den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige. Vidare är cancer ett samlingsnamn för en stor grupp sjukdomar. Dess gemensamma nämnare är okontrollerad celledelning någonstans i kroppen på grund av förändringar i de arvsanlag som reglerar cellens tillväxt och delning (Socialstyrelsen, 2014; World Health Organization [WHO], 2015).

På grund av den höga mortalitet och association av svårt lidande är cancer kanske den mest fruktade sjukdomen. Stark, Tofthagen, Visovsky och McMillan (2012) rapporterade att patienter med cancer upplever mellan 2 och 30 olika symtom var. Smärta var det symtom som förekommer mest frekvent, följt av trötthet, känsla av dåsighet, sömnsvårigheter och oro. Karabulu, Erci, Özer och Özdemir (2010) beskrev att av 287 patienter med cancer upplevde nästan hälften aptitlöshet, trötthet, sorg, muntorrhet och oro som svårast med en skala på över 5 i en angiven skala 1-10.

Palliativ vård

WHO (2016) och Socialstyrelsen (2013) beskriver palliativ vård som en behandlingsform med inriktning på symtomlindring för att förbättra livskvaliteten för patienter med progressiv eller livshotande sjukdom. Att vara döende är en naturlig process där döden varken ska påskyndas eller skjutas upp. Den palliativa vårdprocessen bygger på teamarbete för att kunna möta patientens och dess närståendes behov samt ge stöd. Vidare beskriver Socialstyrelsen (2013) att palliativ vård i livets slutskede bedrivs oavsett åldersgrupper och

diagnoser varav helhetssynen av människan står i centrum. Målet är att stödja individen att leva med värdighet och största välbefinnande till livets slut. Palliativt utförandet kan ske på sjukhus såväl som i hemmiljö/särskilda boenden eller i kombination av hem och vårdtider på sjukhus.

Enligt Socialstyrelsen (2010) ska palliativ vård bedrivas i samhörighet med patienten och vården ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta stöds av Patientlagen (Patientlag, SFS 2014:821), 1 kap, 7§ och 5 kap. §1, som uppger att alla patienter har rätt till sakkunnig vård och att hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Engström, Bruno, Holm och Hellzén (2007) visar att anhöriga också behöver vara inkluderade och bli informerade inom den palliativa vården. Anhöriga söker ofta efter information om symtom och behandlingar men också för att förstå den pågående dödsprocessen.

Vidare beskriver Socialstyrelsen (2013) att palliativ vård kan ses som en process med två faser samt en övergång mellan dessa. Den börjar med en inledande tidig fas där patienten har en progressiv eller obotlig sjukdom. Syftet med den tidiga fasen är livsförlängande behandling med största möjliga funktionsnivå för patienten. I den så kallade sena avslutande fasen ses döden som oundviklig inom en överskådlig framtid. Livsförlängande behandling är inte längre meningsfull eller ger patienten så allvarliga biverkningar att denne blir lidande av behandlingen i sig. Den livsförlängande behandlingen byts istället ut mot symptomatisk behandling i syfte att vara lindrande.

Palliativ Seding

Vanlig förklaring av palliativ sedering är läkemedelsbehandling med lugnande och ångestdämpande läkemedel som medför medveten vakenhetsänkning i syfte att lindra svåra symtom som inte lindras genom andra palliativa insatser (Läkemedelsverket, 2010).

Vidare beskriver Läkemedelsverket (2010) att palliativ sedering kan administreras intermittent i tidigt skede, då sänks patientens medvetande tillfälligt, eller genom kontinuerlig intravenös tillförsel i sent terminalt skede. Wolf (2013) beskriver att indikationer för palliativ sedering är att patienten skall tillhandahålla tillräcklig lindring av symtom även om dosen innebär smalt terapeutiskt index. Symtomen benämns enligt Wolf som svårhanterliga med mening att dessa inte kan kontrolleras tillräckligt trots behandlingar.

Vetenskaplig evidens för palliativ sedering som behandlingsmetod är enligt Läkemedelsverket (2010) bristfällig. Frågan kring användning av palliativ sedering anses vara en värderingsfråga. Genom en kvantitativ ansats beskrev Miccinesi et al. (2006) att mellan jämförelser av sex europeiska länder hade Italien och Belgien högsta frekvensen användning av total palliativ sedering medan Danmark och Sverige rapporterade de lägsta frekvenserna. Palliativ sedering användes främst hos patienter med cancer.

Sjuksköterskans roll

International Council of Nurses (ICN, 2014) etiska kod för sjuksköterskor beskriver att sjuksköterskor har fyra ansvarsområden; att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Enligt Lawson (2011) inkluderar sjuksköterskans roll administrering och övervakning av läkemedel, identifiera svåra symtom samt meddela vårdgivare om dessa, och utforma psykosocialt stöd åt patienten samt dess närstående. Sjuksköterskors förståelse för palliativ sedering och sin betydande roll är avgörande för god omvårdnad. Sjuksköterskan behöver göra noggranna bedömningar för att kunna identifiera patientens behov. Alla symtom, respons av behandling, patientens önskemål och anhörigas önskemål ska dokumenteras för att främja patientens välmående.

Teoretisk referensram

Katie Eriksson teorier om *Vårdandets idé* (2015) och *Den lidande människan* (1994) föreligger som teoretisk förankring i denna uppsatts och har väglett analys såväl som diskussion. Vårdandets ursprungliga idé är ett naturligt beteendemönster där alla människor i grunden är naturliga vårdare. Att vårda någon innebär att hela eller att lindra. Människan består av en helhet av kropp, själ och ande. God omvårdnad syftar till att nå inre frihet genom att den som vårdar ser över denna helhet (Eriksson, 2015, s. 7-8). Förmågan att vårda hänger samman med människans moralutveckling i den betydelsen att människan har förmågan att identifiera sig med andra (Eriksson, 2015, s. 15).

Lidande är en stor del inom vården och innebär i sitt innersta ett döende. Inom detta finns sorgen över att förlorat något eller komma att förlora något. I ett sådant tillfälle omsluts människan av hopplöshet, sorg, skuld, ensamhet och förnedring (Eriksson, 1994, s. 14). Inom vården skiljs olika former av lidande åt. Sjukdomslidande innebär att lidande skapas av

sjukdom och behandling. Vårdlidande är lidande som uppkommit av själva vårdsituationen. Denna orsakas bland annat av kränkning av patientens värdighet, fördömelse, maktutövning samt utebliven vård. Livslidande berör hela patientens livssituation. Allt lidande ska så långt som möjligt elimineras och det lidande som inte kan elimineras ska lindras, vilket ingår i sjuksköterskors vårdkultur (Eriksson, 1994, s. 77-90). Kärlek och lidande är begrepp inom vården som ofta är beroende av varandra. Kärlek kan visas genom etiska handlingar, där den lidandes behov och önsknings står i fokus för den vårdande (Thorkildsen, Eriksson & Råholm, 2013).

Problemformulering

Vård av döende patienter är ett stort inslag i sjuksköterskors yrkesutövning. År 2001 gjordes en ändring i den svenska palliativa vården med syfte att trygga de döendes behov av god omvårdnad, men fortfarande är tillgängligheten av palliativ vård ojämnt fördelat över Sverige (SOU 2001:6; Socialstyrelsen, 2013). Vid ojämn fördelning kan flera människor bli utan palliativ omvårdnad trots att behovet finns. Patienter i livets slutskede kan vara i behov av ökade palliativa insatser på grund av outhärdliga symtom och palliativ sedering är en behandlingsform som sjuksköterskor kommer i kontakt med i sitt arbete. Forskning inom palliativ medicin är svagt utvecklat inom Sverige, men palliativ sedering som behandlingsform bedrivs samtidigt på många håll i landet. Det finns kunskaper att inhämta från bland annat sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser, vilket kan bidra till utveckling av gemensamma mål samt vidare utveckling inom palliativ symtomlindring.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av palliativ sedering som behandlingsform hos patienter med cancersjukdom.

Metod

Design

Denna studie är en litteraturöversikt. Friberg (2012, s. 133-134) ger en beskrivning av litteraturöversikt som en metod för att undersöka aktuell forskning inom ett valt specifikt område. Typiskt för litteraturöversikter är ett strukturerat arbetssätt som baseras på

systematisk sökning av vetenskapliga artiklar och rapporter. Litteraturen kvalitetsgranskas och analyseras samt kartläggs för att få en uppfattning om vad som har studerats och vilka metoder som har använts. På så vis kan forskningsläget belysas eller visa inom vilka områden det behövs mer forskning. Forskningsmaterialet kan bestå av kvalitativa såväl som kvantitativa ansatser.

Inklusions- och exklusionskriterier

Denna litteraturöversikt innehåller vetenskapliga artiklar med kvalitativ så väl som kvantitativ ansats. Inklusionskriterierna bestod av engelskspråkiga och svenskspråkiga artiklar. Undersökningsspersonerna skulle vara sjuksköterskor. I vissa fall fick studier med andra yrkeskategorier än sjuksköterskor även ingå i urvalet med kravet att sjuksköterskor skulle finnas representerade i undersökningsgrupperna och med möjlighet att särskilja dessa från övriga yrkeskategorier. Artiklarna skulle ha erhållit ett etiskt godkännande för sina studier eller alternativt föra etiskt resonemang.

Exklusionskriterier som vidtagits var följande; artiklar som via universitets webbplats inte fanns tillgängliga som fulltext, vård av barn under 18 år, forskning som tagit plats inom hemsjukvården. Hemsjukvården i Sverige omfattar ofta distriktssköterskor men studiedeltagare från hemsjukvården accepterades i urvalet i de fall där det var mixad grupp sjuksköterskor från olika områden.

Litteratursökning

Sökningar med relevans för syftet genomföres. De sökvägar som användes till att inhämta forskning och information till denna litteraturöversikt var Cinahl och Pubmed samt Psycinfo. Pubmed MeSH användes och i Cinahl gjordes sökningar med "Cinahl with Full text" samt "Cinahl Headings". Olika sökordskombinationer utfördes med användning av AND och OR. Genom detta kunde sökresultatet avgränsas samtidigt som det gav varierat sökresultat. Sökord som användes var "Attitude", "Cancer", "Conscious sedation", "Deep sedation", "Experience", "Hospice care", "Neoplasms", "Nurses" "Nurse's Role", "Nursing", "Palliative care", "Sedation" och "Terminal care". Lista över sökvägar och kombinationer i databaser redovisas i tabell 1. Tidsbegränsningar för publiceringar efter år 2006 genomfördes men på grund av snävt antal träffar som kunde relateras till syftet hävdades tidsbegränsningar.

Tidskrifterna för de vetenskapliga artiklarna kontrollerades sedan genom hemsidan UlrichsWeb för vetenskaplig trovärdighet (<http://www.ulrichsweb.com>).

Tabell 1. Översikt av litteratursökning

Databas/Datum	Sökuttryck	Avgränsningar	Antal träffar	Valda artiklar	Inkluderade i resultatet	Författare, årtal
Cinahl 2016-09-01	Nurs* AND Cancer AND Sedation	Peer Reviewed, 2006-2016 All Adult	16	9* 4** 3*** 3****	3	1. Rys, Mortier, Deliens & Bilsen, 2014. 2. Brinkkemper, Rietjens, Deliens, Ribbe, Swart, Loer, Zuurmond & Perez, 2015. 3. Seymour, Rietjens, Bruinsma, Deliens, Sterckx, Mortier, Brown, Mathers & van der Heide, 2015.
PubMed 2016-09-05	("Nursing"[Mesh]) AND ("Deep Sedation"[Mesh] OR "Conscious Sedation"[Mesh])	Publication: 10 years, Ages: Adult 19+ years	26	17* 8** 2*** 2****	2	1. Venke Gran & Miller, 2008. 2. Patel, Gorawara-Bhat, Levine & Shega, 2012.
PubMed 2016-09-05	("Deep Sedation"[Mesh] OR "Conscious Sedation"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh] AND "Nurses"[Mesh]	Publication: 10 years, Ages: Adult 19+ years	1	1* 1** 0*** 0****	0	-
PubMed 2016-09-13	("Nurses"[Mesh]) AND ("Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR "Palliative Care"[Mesh]) AND ("Deep Sedation"[Mesh] OR "Conscious Sedation"[Mesh]) AND "Attitude"[Mesh]	Publication: 10 years,	5	3* 3** 3*** 2****	2	1. Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2011. 2. Raus, Anquinet, Rietjens, Deliens, Mortier & Sterckx, 2014.
PsycINFO 2016-09-14	cancer AND sedation AND experience AND (nursing OR nurses)	Adulthood (18 yrs & older)	8	5* 4** 3*** 3****	3	1. Morita, Miyashita, Kimura, Adachi & Shima, 2004. 2. Anquinet, Raus, Sterckx, Smets, Deliens & Rietjens, 2013. 3. Raus, Brown, Seale, Rietjens, Janssens, Bruinsma, Mortier, Payne & Sterckx, 2014.
Cinahl 2016-09-14	(Experience* OR Attitude*) AND Cancer AND Sedation	Peer Reviewed All Adult	37	5* 2** 1*** 0****	0	-
PubMed 2016-09-14	("Nurse's Role"[Mesh]) AND ("Deep Sedation"[Mesh] OR "Conscious Sedation"[Mesh])	Publication: 10 years, Ages: Adult 19+ years	13	9* 2** 1*** 1****	1	Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2009.
Cinahl Headings 2016-09-19	(MH "Neoplasms") AND (MH "Nurse Attitudes")	Peer Reviewed	58	10* 5** 1*** 1****	1	Zheng, Guo, Dong & Owens, 2015.

* – antal valda efter läst titel. ** – antal valda efter läst abstrakt. *** – antal valda efter läst artikel.

**** – antal valda efter kvalitetsgranskning.

Urval, relevansbedömning och granskning

Urval och relevansbedömning genomfördes i 4 steg för att identifiera artiklar som svarade mot syftet. Genom beaktning av inklusions- respektive exklusionskriterier sållades artiklar bort för varje steg. I steg 1 lästes artiklarnas titlar varav de artiklar med titlar som överensstämde med syftet för litteraturöversikten valdes ut för att sedan i steg 2 läsa abstrakten. Artiklar vars abstrakt såg intressant ut med relevans för syftet valdes ut för att i steg 3 läsa hela artiklarna. De lästa artiklar som till sist valdes ut fick i steg 4 genomgå en kvalitetsgranskning.

En ingående kvalitetsgranskning av de utvalda artiklarnas syfte, innehåll, metod, resultat, diskussion och slutsatser har skett enligt en modifierad version av bedömningsmallar för kvalitativa respektive kvantitativa studier (Carlsson & Eiman, 2003), se bilaga 1 och 2. Protokollat har modifierats genom att "patienter med lungcancerdiagnos" ändrades till "Sjuksköterskor med erfarenhet av palliativ vård". Genom användning av dessa bedömningsmallar har artiklarnas individuella kvalitet kunnat poängsättas vilket varit viktigt för den vetenskapliga styrkan. Artiklarna får sedan ett poängantal beroende på svaren på frågorna. Total maxpoäng var 48 för den kvalitativa mallen och 47 för den kvantitativa. Poängen används för att räkna ut en procentsats som jämfördes sedan med en gradskala, 1-3, där 1 är hög kvalitet och 3 är låg kvalitet. Enbart artiklar som erhöll grad 1 och grad 2 inkluderades i studien, Översikt av inkluderade artiklar i resultatet presenteras i tabell 2, se bilaga 3.

Analys

Analysarbetet har skett efter tre steg som beskrivs av Friberg (2012, s. 140-141). I det första steget lästes artiklarna som godkändes efter kvalitetsgranskningen flera gånger med avsikt att finna förståelse för dess innehåll och sammanhang. Artiklarnas innehåll sammanfattades sedan i kortare texter för att få en överblick över att all väsentlig information var dokumenterad. I nästa steg jämfördes dessa mot varandra för att finna likheter och skillnader mellan studierna. Detta genomfördes genom jämförelse av de olika studiernas teoretiska utgångspunkter, metod och tillvägagångssätt, analysgång samt syfte och resultat. I tredje steget sorterades artiklarna utifrån sina likheter och skillnader med hjälp av färgkoder för att enklare kunna hålla en strukturerad ordning inför en sammanställning.

Material från artiklarnas resultat som kunde relatera till syftet plockades ut genom datareduktion varav meningsbärande enheter identifierades och översattes. Dessa jämfördes med varandra åter igen och utifrån likheter identifierades litteraturöversiktens teman. Exempel på analysarbetet visas i tabell 3, se bilaga 4. Totalt inkluderades i resultatet 12 artiklar, varav 6 kvalitativa artiklar, 5 kvantitativa artiklar och 1 med båda ansatserna.

Etiska Överväganden

Etiska övervägande har gjorts i samband med planering och utförande av denna litteraturöversikt. De valda artiklarna ska innehålla etiska resonemang eller erhållit ett etiskt godkännande. Vörndnad och försiktighet gentemot mänskliga rättigheter måste vidtas när människor används som studiedeltagare (Polit & Beck, 2012, s. 150). Vidare beskriver Polit och Beck (2012, s. 152-156) att enligt Belmont rapporten finns tre ledande principer som etisk standard vid forskning; att göra gott och inte skada, respekt mot mänsklig värdighet och självbestämmanderätt, samt rättvisa med rättvis behandling och rätt till privathet.

Försiktighet och vörndnad har även visats till författarna och deras material. Det är av stor vikt att resultatet varken förvrängs eller förfalskas. Översättningar är gjorda med största möjliga noggrannhet så att materialet återges så korrekt som möjligt och inte förvanskas. Alla citat är även skrivna ordagrant och är inte översatta så att de på något vis förvrängs för läsaren.

Resultat

Tabell 4. Resultatöversikt över teman.

Tema
Riktlinjer och indikationer för palliativ sedering
Kommunikation med läkare, patienter och anhöriga
Känslomässiga upplevelser kring palliativ sedering

Riktlinjer och indikationer för palliativ sedering

Sjuksköterskor upplevde att riktlinjer är en väsentlig del inom palliativ sedering. Upplevelsen för riktlinjer varierade mellan olika nationaliteter. I Nederländerna introducerades nya riktlinjer år 2005. Vid utvärdering av dessa fann Brinkkemper et al.

(2015) att sjuksköterskor rapporterade att patienter uppnådde djup sedering signifikant fortare (inom 2 timmar jämfört med 4 timmar), att varaktigheten för sedering var kortare, och att sedationsdjupet var så djupt att patienterna inte längre reagerade på fysisk stimuli.

Seymour et al. (2015) visar att sjuksköterskor i Nederländerna upplevde palliativ sedering som en metod för att finna ro för både patienter och anhöriga, men att de inte ville att patienten skulle sederas för djupt för fort. En väl uppnådd djup sedering kunde däremot upplevas som en säkerhet att patienten inte behövde lida. I Belgien upplevde sjuksköterskor en risk att patienter inte fick tillräckligt med symtomlindring genom för låga doser sederande läkemedel. Däremot var det vanligt att sedering påbörjades med en lägre dos för att sedan genomföra en snabb doshöjning.

Vidare visar Seymour et al. (2015) att sjuksköterskor från Storbritannien upplevde en oro att sänka patientens medvetande på grund av rädsla att patienten skulle avlida till följd av sederingen. Därmed föredrog sjuksköterskorna att initiera behandlingen med låga doser läkemedel. Termen sedering användes mer sällan utan sjuksköterskor föredrog att använda termerna "finna ro" eller "göra bekväm". Sjuksköterskor beskrev att de upplevde att en eller två extradoser kunde tillämpas om behandlingen inte var tillfredsställande, men om ytterligare doser behövdes ansåg de att en läkemedelspump bör administreras.

Sjuksköterskor rapporterade att indikationerna för beslut om sedering styrdes av patienternas tillstånd tillsammans med svårt lidande och kort förväntad livstid kvar. Vidare ansåg sjuksköterskor att palliativ sedering är en sista utväg och att alla andra tillvägagångssätt ska prövas först (Patel, Gorowara-Bhat, Levine & Shega, 2012; Raus & Anquinet et al., 2014; Rys, Mortier, Deliens & Bilsen, 2014; Seymour et al., 2015; Venke Gran & Miller, 2008). Sjuksköterskor beskrev att riktlinjer skulle avgränsa vilka som får behandlas med palliativ sedering. Genom policy och riktlinjer upplevde sjuksköterskor en trygghet samt att en klinisk kompetens garanterades. De upplevde även att riktlinjer ställde ökade krav på kunskaper inom administrering, symptom, teknik, kulturell kompetens, teamarbete och kommunikation mellan olika aktörer (Patel et al., 2012).

En indikator för kort förväntad livstid kvar, beskrevs av sjuksköterskor, vara när patienten slutade med oralt intag av näring och vätska. Sjuksköterskor rapporterade att de flesta patienter inte kunde få i sig näring eller dryck vid initieringen. Vidare rapporterades att

patienters förväntade livstid var i flera fall mellan en till två veckor. (Brinkkemper et al., 2015; Raus & Anquinet et al., 2014; Rys et al., 2014).

Flera sjuksköterskor hade erfarenhet av palliativ sedering för lindring av fysiska symtom, varav smärta var bland de mest upplevda symtomen som sjuksköterskor rapporterade. (Brinkkemper et al., 2015; Rys et al., 2014). Sjuksköterskor upplevde smärtkontroll som en väsentlig del inom symtomkontrollen på grund av stort lidande som smärtor skapar. Sjuksköterskor beskrev att patienter ibland till och med kunde efterfråga hjälp till eutanasi på grund av outhärdlig smärta. Dessa beskrev att vad de kunde göra var att rådgöra med läkare, administrera läkemedel samt stödja patienter (Zheng, Guo, Dong & Owens, 2015)

Psykiska symtom som bidrar till patienters lidande nämndes också vara en indikator för faktorer som bestämmer berättigande till sedering. Däremot fanns delade meningar om huruvida användningen av palliativ sedering är lämpligt för psykologiska ändamål. Psykiska symtom som enda indikator för sedering upplevdes av sjuksköterskor kunna etiskt ifrågasättas. Sjuksköterskor menade att andra alternativ som finns att tillgå bör utvärderas först. Förslagsvis angav sjuksköterskor att utökat stöd till patienter och anhöriga kunde vara mera lämpligt alternativ (Patel et al., 2012; Raus & Anquinet et al., 2014).

“I think when people are in pain; this stuff becomes more than physical. It becomes emotional, existential... But I couldn't see putting somebody into palliative sedation just because they were depressed” (Patel et al., 2012, s. 435).

Andra sjuksköterskor upplevde att existentiellt och psykiskt lidande var svårare att lindra eftersom det med säkerhet inte går att säga om patienters symtom verkligen lindras genom palliativ sedering (Raus & Anquinet et al., 2014).

“But existential suffering, I find one of the most difficult issues. When you see the patient's suffering and we want to solve it all and then it's easy when the patients is sleeping quietly” (Raus & Anquinet et al., 2014, s. 231).

Genom palliativ sedering ansåg sjuksköterskor att patienter uppnår adekvat symtomkontroll och att patienters värdighet bevaras. Detta upplevdes resultera i en god död. I motsats upplevde mindre än en tiondel sjuksköterskor att palliativ sedering inte är önskvärt på grund av osäkerhet om lidande lindrades (Morita, Miyashita, Kimura, Adachi & Shima, 2004; Rys et al., 2014). Zheng et al. (2015) visar att sjuksköterskor upplevde att deras

förhållningssätt, ansiktsuttryck, ord och gester är faktorer som stärker patientens värdighet även under sedering.

Kommunikation med läkare, patienter och anhöriga

En balans i kommunikationen mellan olika aktörer återfanns som ett väsentligt tema. Sjuksköterskor upplevde att kommunikationen mellan läkare, anhöriga, patient och sjuksköterskor behöver vara god för en hållbar riktning för sedering (Seymour et al., 2015).

”Yes you must do this according to the protocol. Of course you need to have good communication with family, doctors and nurses and be on the same wavelenght” (Seymour et al., 2015, s. 55).

Vid frågor kring vem som ansvarar över beslutet om att tillämpa palliativ sedering ansåg sjuksköterskor att läkare har den beslutande auktoriteten. Samtidigt upplevde sjuksköterskor att de hade möjlighet att påverka besluten eftersom de är dem som är närmast patienterna och har kunskaper om deras omvårdnadsbehov. Således upplevde sjuksköterskor sin roll som rådgivande för både läkare, patienter och anhöriga, men poängterade att de finner trygghet i att läkare beslutar om sedering (Anquinet et al., 2012; Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2009, 2011; Raus & Brown et al., 2014; Seymour et al., 2015).

Inghelbrecht et al. (2009, 2011) och Rys et al. (2014) visar att ungefär hälften av sjuksköterskorna upplevde att läkare tar hänsyn till och aktivt lyssnar på deras åsikter vid beslut om palliativ sedering. Detta förstärkte känslan av att vara aktivt involverade i beslutsprocessen varav samarbetet med läkare upplevdes som positivt. Samtidigt visar studier att drygt en fjärdedel sjuksköterskor upplevde att läkare enbart informerade dem om besluten utan att ha inkluderat dem i några diskussioner (Anquinet et al., 2012; Inghelbrecht et al., 2011; Rys et al., 2014). Sjuksköterskors kommunikation med läkare under sederingen upplevdes vara begränsad till patienters önsknings och tillstånd samt anhörigas önsknings (Inghelbrecht et al., 2011).

Sjuksköterskor ansåg att både sina och läkares attityder kunde påverka valet om palliativ sedering skulle initieras och upplevde att sänkning av patienters medvetande är en allvarlig handling som noggrant bör utvärderas (Raus & Anquinet et al., 2014; Seymour et al., 2015). För att främja ett korrekt beslutsfattande poängterade sjuksköterskor att patienter bör få

möjlighet att medverka vid de beslut som tas och att dessa inte bör uteslutas ur kommunikationen. Sjuksköterskor beskrev att de upplevde moraliska dilemman när patienter inte var delaktiga i besluten. Samtal med patienter kunde inkludera egna beskrivningar av lidande, intoleranta symtom samt önskningar (Anquinet et al., 2012; Patel et al., 2012; Raus & Anquinet et al., 2014; Raus & Brown et al., 2014; Seymour et al., 2015; Venke Gran & Miller, 2008). Samtidigt visar Inghelbrecht et al. (2011) att nästan en fjärdedel sjuksköterskor upplevde att patienter är involverad i beslutsprocessen.

Raus och Anquinet et al. (2014) visar att sjuksköterskor upplevde att många patienter inte kände till möjligheten till palliativ sedering på grund av att läkare inte informerade om detta. Sällan föreslog sjuksköterskorna själva alternativet. Istället upplevde sjuksköterskor att läkare inväntade uttryck så som "vill inte fortsätta längre" eller "har fått nog" innan alternativet föreslogs.

Familjens perspektiv och önskningar upplevdes vara en betydande del inom kommunikation och beslutsprocessen om hur patientens lidande kan lindras. Sjuksköterskor upplevde att anhöriga var ofta aktivt involverade i beslutsprocessen (Anquinet et al., 2012; Inghelbrecht et al., 2011; Patel et al., 2012; Seymour et al., 2015; Venke Gran & Miller, 2008). Vidare visar Inghelbrecht et al. (2011) och Seymour et al. (2015) att sjuksköterskors kommunikation om palliativ sedering förekom betydligt mer ofta tillsammans med anhöriga jämfört med patienterna varav drygt tre fjärdedelar upplevde att de aktivt kommunicerade med anhöriga om palliativ sedering.

Inghelbrecht et al. (2011) visar att sjuksköterskor upplevde att samtal med anhöriga ofta berörde anhörigas önskningar gällande sedering, och att en tredjedel av dessa samtal skedde innan anhöriga hade kommunicerat med läkare. Sjuksköterskorna försökte i hälften av fallen stimulera de anhöriga att förmedla sina önskningar till läkare. Samtidigt visar Morita et al. (2004) att anhörigas önskningar kunde upplevas som oklara. Vidare upplevde många sjuksköterskor att anhöriga var tillfredsställda med ändamålet för sedering och att det var en lättnad att se att deras nära slipper lida (Rys et al., 2014; Seymour et al., 2015).

Vidare kunde sjuksköterskor uppleva att meningsskiljaktigheter mellan anhöriga, patienter och vårdteamet kunde förekomma i kommunikationen. Dessa meningsskiljaktigheter kunde handla om konflikter mellan patienters och anhörigas önskningar, eller brist på gemensam

förståelse mellan läkare och sjuksköterskor (Inghelbrecht et al., 2011; Morita et al., 2004). Sjuksköterskor upplevde ibland att läkare kan ha en dold bakomliggande önskan, eller ett hopp om, att patienter ska få avsluta sitt lidande vid beslut om fortsatt sedering (Anquinet et al., 2012; Inghelbrecht et al., 2011). Däremot ansåg sjuksköterskor att terminalt sjuka patienter borde få symtomlindring genom palliativ sedering eftersom syftet är att lindra lidande samt bibehålla värdighet patientens sista dagar i livet (Anquinet et al., 2012; Inghelbrecht et al., 2011; Morita et al., 2004; Raus & Brown et al., 2014; Venke Gran & Miller, 2008).

När patienternas symtom blev för outhärdliga upplevde flera sjuksköterskor att patienter efterfrågade alternativ för snabb lindring. Flera sjuksköterskor hade erfarenhet av att patienter ibland kunde efterfråga hjälp till aktiv dödshjälp på grund av sina outhärdliga symtom, vilket upplevdes som utmanade för omvårdnadsarbetet (Anquinet et al., 2012; Raus & Anquinet et al., 2014; Seymour et al., 2015; Zheng et al., 2015). Anledningar kunde vara att patienter inte kände till alternativet med palliativ sedering, eller att sedering med medvetlöshet upplevs som skrämmande (Anquinet et al., 2012; Inghelbrecht et al., 2011).

En annan återkommande utmaning var patienters förmåga att kommunicera, som i takt med ökat sedationsdjup avtog. De relaterade problem som sjuksköterskor upplevde var att patienter själva inte kunde medverka i besluten, patienter kunde inte uttrycka sina behov, och anhöriga kunde inte kommunicera med dem. Därmed ansåg sjuksköterskor att patienters förmåga att interagera skulle bevaras så länge som möjligt (Anquinet et al., 2012; Raus & Anquinet et al., 2014; Seymour et al., 2015; Venke Gran & Miller, 2008).

"I do not know how the patients are feeling when I cannot communicate with them... It's difficult to know if patients are experiencing pain and other distress" (Venke Gran & Miller, 2008, s. 535).

Känslomässiga upplevelser kring palliativ sedering

Varierande nivåer av upplevda etiska dilemman på grund av palliativ sedering förekom. Sjuksköterskor beskrev att palliativ sedering kan ha en potentiell livsförkortande effekt som kan vara svårt att försvara (Inghelbrecht et al., 2011; Morita et al., 2004; Raus & Brown et al., 2014; Seymour et al., 2015; Venke Gran & Miller, 2008). Vidare visar Morita et al. (2004) och Venke Gran och Miller (2008) att det var väldigt få sjuksköterskor som upplevde etiska

dilemman på grund av den potentiella livsförkortande effekten. Raus och Brown et al. (2014) samt Seymour et al. (2015) visar att sjuksköterskor upplevde det som särskilt svårt om patienten avled strax efter start av sedering.

”Especially when it’s so quick... because quite often you think... that is dreadful, absolutely dreadful, when they go soon after the injection” (Raus & Brown et al., 2014, s. 6).

Morita et al. (2004) visar att sjuksköterskor generellt har en positiv attityd gentemot palliativ sedering och upplever låga nivåer av emotionell börda under perioden för administrering. Skillnader mellan dem som upplevde höga nivåer av emotionell börda och mellan dem som upplevde lägre nivåer fanns, där ung ålder, låg yrkeserfarenhet samt liten erfarenhet av att vårda patienter med svåra symptom förstärkte känslan av emotionell börda. Omständigheter så som tidsbrist, teamarbete, otillräckliga kunskaper, förmåga att identifiera intoleranta symptom påverkade sjuksköterskors upplevelser av emotionell stress.

Raus och Brown et al. (2014) visar att sjuksköterskor upplevde emotionellt engagemang kring palliativ sedering. Känslan av emotionellt engagemang präglades av närhet, där fysisk och emotionell närhet upplevdes vara beroende av varandra. Tillfället för administreringen angavs som ett sådant exempel, där sjuksköterskor hade en känsla av att möjligheten finns att patienter kan komma att avlida av den injicerade dosen. Känslan av emotionell närhet upplevdes som störst om sjuksköterskorna hade utvecklat ett personligt band eller identifierade sig med en patient. Exempel som angavs var patienter i samma ålder som sjuksköterskorna och om de hade barn i samma ålder. Sjuksköterskor påtalade att genom förmågan att vara professionell i sådana situationer kunde den emotionella närheten reduceras.

Vid sammanfattning av hur sjuksköterskor upplevde sin roll vid sedering beskrev flera sjuksköterskor att de upplevde sin roll som givande då de åstadkom lindring av lidande för både patienter och närstående. Sjuksköterskor ansåg att fördelar med sedering överväger nackdelarna. Samtidigt kunde knappt en tjugondel uppleva att de skulle vilja avstå från att delta i administreringen (Inghelbrecht et al., 2009, 2011; Morita et al., 2004; Raus & Brown et al., 2014). Vidare visar Morita et al. (2004) att sjuksköterskor upplevde att vid problem eller etiska dilemman finns tid för reflektion samt tillgänglig stöttning av kollegor och vårdteamet att tillgå.

“I was able to contribute something so that he no longer had to suffer. So at that moment you take... you take part in an important medical decision that can be of great help” (Raus & Brown et al. 2014, s. 7).

Diskussion

Metoddiskussion

I denna litteraturöversikt berör resultatet enbart somatisk vård. Huruvida patienter med cancer förekommer inom den psykiatriska vården är för författaren okänt. Författaren har ändå haft i åtanke att patienter med cancer kan lida av psykiska såväl som fysiska symtom. Vård av patienter med cancer valdes eftersom cancer är en av de vanligaste förekommande sjukdomarna inom palliativ vård. Cancer var en inklusionskriterie i de flesta studier. I övriga studier hade vård av patienter med cancer högst prevalens följt av demenssjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar.

Den valda söktekniken har på ett tillfredsställande sätt givit ett varierat utbud av olika sökträffar inom valt kunskapsområde, även om antalet sökträffar varit snäva. Valet att använda fritextsökningar i Cinahl var för att sökträffar som hittades via fritextsökning försvann vid användning av headings. Vidare är författaren medveten om att genom att inte använda headings kan resultatet påverkas i den betydelse att artiklar som inte tillhandahålls av Cinahl, kan universitetet fortfarande ha tillgång till. Detta kan ses som en svaghet i denna litteraturöversikt.

Granskningsmetoden var tillfredsställande att arbeta med då de valda granskningsmallarna varit lättförståeliga och poängsättningen rättvisande. I resultatet inkluderades enbart artiklar som enligt författaren uppfyllde kravet för grad 1 och grad 2 vilket stärker trovärdigheten för litteraturöversikten. De valda artiklarna bestod av jämnt många kvantitativa och kvalitativa ansatser vilket förstärker generaliserbarheten och överförbarheten. Enligt Polit och Beck (2012, s. 604) stärks en litteraturstudies trovärdighet genom inkludering av både kvantitativa och kvalitativa artiklar, då de begränsningar som uppkommer i en enskild riktning undviks. Vidare lästes allt material upprepade gånger samt textades för att i största möjliga mån undvika feltolkning.

Åldersbegränsningar inom patientgrupper utfördes där artiklar vid vård av barn under 18 år exkluderades. Detta kan påverka resultatet genom att perspektivet av sjuksköterskors erfarenheter smalnades av. Samtidigt inkluderades i litteraturöversikten sjuksköterskor inom inriktningen onkologi och palliativ vård eftersom artiklarna benämnde alla som arbetade på en onkologi- eller palliativvårdavdelning som onkologi- och palliativsjuksköterskor utan att vidareutbildning krävdes.

De inkluderade artiklar i litteraturöversikten har en varierad geografisk spridning vilket ger blandade upplevelser. De flesta studier var utförda i Nederländerna och/eller Belgien. Detta kan ha betydelse för resultatet i den betydelse att eutanasi är lagligt i dessa länder vilket kan påverka sjuksköterskornas attityder. Palliativ sedering sågs även som en mer vanlig och acceptabel behandlingsform jämfört med till exempel Norge och Storbritannien. Studierna från Nederländerna och Belgien diskuterade också mer frekvent om gränsdragningen mellan eutanasi och palliativ sedering. På grund av att eutanasi inte är lagligt i Sverige har dessa delar uteslutits från resultatet. Trots ett brett sökande med olika kombinationer av termer saknar denna litteraturöversikt svenska studier vilket är en svaghet med denna litteraturöversikt. Det hade enligt författaren varit av intresse att bedriva vidare forskning inom svenskt område.

3 av artiklarna från Nederländerna och Belgien är en fortsättning på studieprotokollet av UNBIASED-studien (Storbritannien-Belgien-Nederländerna internationella Sederingsstudie) Studieprotokollet ger ytterligare detaljer för syfte, tillvägagångssätt och metod. Artiklarna innehöll väl beskrivna metodavsnitt men hänvisade till studieprotokollet för ytterligare detaljer. Denna originalartikel var således i beaktande vid kvalitetsgranskningen (Seymour, Rietjens, Brown, van der Heide, Sterckx & Deliens, 2011).

Sammanlagt kan litteraturöversiktens trovärdighet hävdas genom följande; Klarhet för metodval presenteras i söktabell samt genom exempel på tillvägagångssätt, Vedertagna granskningsmallar har använts för att bedöma materialets vetenskapliga kvalitet, Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har inkluderades i resultatet.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturoversikten var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av palliativ sedering som behandlingsform hos patienter med cancersjukdom. I resultatet visades att sjuksköterskor har generellt en positiv upplevelse av palliativ sedering som behandlingsform, men att det var förenat med känslomässiga upplevelser. Vidare belyser resultatet betydelsen av riktlinjer och indikationer samt kommunikationen.

Resultatet visar att policy och riktlinjer ska avgränsa vilka som är berättigade att behandlas med palliativ sedering samt försäkra en klinisk kompetens. Sjuksköterskor i denna litteraturoversikt upplevde ökade krav på kunskaper inom palliativ sedering som behandlingsform, administrering, kommunikation samt andra färdigheter. Förutom Patientlagen (Patientlag, SFS 2014:821) anger också patientsäkerhetslagen (Patientssäkerhetslag, SFS 2010:659), 6 kap. 1 §, att hälso- och sjukvård ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att varje patient har rätt till sakkunnig och omsorgsfull vård. Dessa två lagar stödjer sjuksköterskors känslor av att klinisk kompetens inom området behövs för att bedriva en patientsäker vård. Därmed är utformning av tydliga riktlinjer väsentligt inom sjuksköterskeprofessionen.

Ett fynd i denna litteraturoversikt är att de internationella studiernas resultat visar en bred variation av olika riktlinjer, vilket påverkade sjuksköterskors upplevelser av hur palliativ sedering tillämpades, inom vilka proportioner läkemedel gavs och hur snabbt djup sedering uppnåddes. För att försäkra att hälso- och sjukvård bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet bör mer forskning inom området bedrivas, vilket stödjer idén om att arbeta för gemensamma mål. Statens medicinskt-etiska råd (SMER, 2008) beskriver att det finns fortsatt behov av kompetensutveckling för personal som arbetar inom palliativ vård. Indikationer för beslut om sedering är viktigt att begrunda vid beslutstagandet. Resultatet visade att indikationerna för beslut om sedering bestäms av patienters tillstånd tillsammans med svårt lidande och kort förväntad livstid kvar. Även Bruce och Boston (2011) visar att likheter finns mellan olika nationella riktlinjer varav dessa aspekter ingår.

Sjuksköterskor i resultatet uttryckte att palliativ sedering bidrog till främjande av både patienters och anhörigas välbefinnande och att adekvat symtomkontroll uppnåddes. Det poängterades att genom palliativ sedering bevarades patientens värdighet och livskvalitet

även om autonomin påverkades. Detta går i linje med Karlsson, Milberg och Strang (2006) studie där är en värdig död beskrivs vara en död utan lidande och symtomlindring är väsentligt för att uppnå en "god död". Fördelarna med palliativ sedering överväger alltså nackdelarna då behandlingsmetodens syfte sker i enlighet med ett av sjuksköterskeprofessionens ansvarsområden; Att lindra lidande. Detta kan också kopplas till Erikssons (1994, s. 90) teori om att lidande som inte kan elimineras ska lindras, vilket är en del av sjuksköterskors vårdkultur.

Vidare hade sjuksköterskor i denna litteraturöversikt erfarenhet av patienter som drabbats av fysiskt, psykiskt och existentiellt lidande. Delade meningar fanns om palliativ sedering var lämpligt för att lindra psykiska symtom på grund av osäkerhet. Bruce och Boston (2011) menar att osäkerheten kring lindring av psykiskt och existentiellt lidande är en indikation på att mer kunskap och utbildning behövs inom palliativ sedering och symtomlindring. Sjuksköterskor poängterade även att andra alternativ och behandlingsstrategier bör utvärderas innan palliativ sedering tillämpas. Detta kan vara av god idé att beakta vid utformning av riktlinjer för att främja god omvårdnad. Detta kan även kopplas till Eriksson (2015, s. 7) teori om att människan består av en helhet av kropp, själ och ande, och för god omvårdnad ska den som vårdar se över denna helhet. Eriksson (1994, s. 78) beskriver att sjukdomslidande präglas av kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Lidande kan lindras genom att utveckling av vårdkulturen där patienten som helhet är i fokus. Vidare uppger Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 § att vården ska bedrivas på lika villkor för alla patienter, vilket kan uppnås genom ökade kunskaper hos vårdpersonalen.

Resultatet belyser att sjuksköterskor har en aktiv roll inom kommunikation och beslutsprocessen. Sjuksköterskor ansåg att läkare har den beslutande auktoriteten för om och när palliativ sedering ska initieras medan deras egen roll rådgivande. Samtidigt upplevde ungefär hälften av sjuksköterskor att läkare inte tog hänsyn till deras åsikter. På grund av att sjuksköterskor ofta är dem som är närmast patienterna i en vårdsituation och har således kunskaper om patienternas tillstånd samt omvårdnadsbehov bör berörda sjuksköterskor alltid vara inkluderade i diskussioner som rör omvårdnadssituationen. Riktlinjer enligt SMER (2008) belyser att läkare ska i samråd med övrig berörd vårdpersonal besluta om vården ska övergå till palliativ vård och när patienters lidande är för outhärdligt, om

palliativ sedering ska tillämpas. Det är av betydelse för patienters vårdssituation och omvårdnaden att dialog förs mellan alla berörda yrkeskategorier.

Denna litteraturöversikt visade också att beslutet om palliativ sedering kan påverkas av sjuksköterskors och läkares attityder. Även McMillan, Tittle, Hagan, Laughlin och Tabler (2000) visar att sjuksköterskors brist på kunskaper inom smärtlindring kan resultera i negativa attityder som skapar osäkerhet inom lämplig symtomlindring. Dessa kan påverka beslutagandets riktning. Detta stärker ytterligare åsikten om att behov för mer forskning och utbildning inom området finns.

Det framkom att sjuksköterskor ansåg att patienters självbestämmande och förmåga att fatta egna beslut ska så långt som möjligt beaktas. Patienter egna upplevelser och önskningar ansågs vara viktigt för beslutstagandets riktning. Ändå visade resultatet att det förekom att patienters åsikter uteslöts ur kommunikationen. Patienter som själva inte får medverka vid beslut som rör sin vårdssituation utsätts för en inskränkning på deras självbestämmanderätt och värdighet. Eriksson (1994, s. 81-82) beskriver att kränkning av patienters värdighet är en typ av vårdlidande där patienter fråntas möjligheten att helt och hållet vara människa. Enligt Karlsson et al. (2006) är ett sätt bevara patienters värdighet att låta dem själv bestämma över sina villkor och ha kontroll över sina beslut. Även Svenska läkaresällskapets (2010) riktlinjer belyser att palliativ sedering förutsätter att patienter gett sitt informerade samtycke till behandlingen och att patienter bör ha utökat inflytande över om och när palliativ sedering ska tillämpas. Gill och Duffy (2010) beskriver också att kommunikationen kan vara den mest viktiga aspekten i vården. Förutom information om sin diagnos och tillstånd behöver patienter få uppleva delaktighet då de befinner sig i en utsatt situation.

SMER (2008) stödjer också att beslut om palliativ sedering ska ske i samråd med patienten om denna är beslutskompetent. I annat fall bör beslut om sedering ske i samråd med anhöriga. Vidare framkom det i resultatet att patienters förmåga att ge egna beskrivningar och fatta beslut är beroende av förmågan att kunna interagera. Sjuksköterskor upplevde det svårt när patientens förmåga att kommunicera avtog. Även riktlinjer från Svenska läkaresällskapet (2010) föreslår att sedering ska stå i proportion till patientens symtomnivå och effekten av behandling. Sederingen ska vara tillräckligt djup för att patienten ska uppleva situationen uthärdlig. Förslagsvis är det lämpligt om behandling inleds enligt

Läkemedelsverkets (2010) beskrivningar av intermittent behandling, för att sedan göra nya bedömningar om patienten behöver mer lindring. Då beaktas patientens autonomi och självbestämmande även när patienten vid senare tillfälle blir djupt sederad.

Anhöriga upplevdes ha en viktig roll inom kommunikation och beslutsprocessen varav kommunikation med anhöriga förekom betydligt mer än med patienterna. Anhöriga har ofta mycket information om patienters önsknings när de inte kan uttrycka dessa själv. Svenska Läkaresällskapet (2010) håller med om att om patienten inte längre är beslutskapabel ska värderingar utgå från tidigare önsknings från patienten varav kommunikation med anhöriga är väsentligt. Därmed upplever författaren att det är av stor vikt att vid kommunikation med anhöriga att poängtera för dem att ansvaret åligger läkaren, men att både deras och sjuksköterskors åsikter är av värde vid bedömningen. I enlighet med Socialstyrelsen (2013) och WHO (2016) beskrivningar av palliativ vård ska anhöriga också erbjudas stöd.

Sista temat som resultatet visar var att sjuksköterskor hade känslomässiga upplevelser i samband med palliativ sedering. Varierande nivåer av etiska dilemman visades, varav att palliativ sedering har en potentiell livsförkortande effekt beskrevs upprepande gånger. Om patienter avled strax efter start av behandling upplevde sjuksköterskor att det var svårt att etiskt försvara. Seale et al. (2014) stödjer resultatet att sjuksköterskor upplever etiska svårigheter i samband med sedering. Även om det i resultatet framkom att sjuksköterskor upplevde det som etiskt svårt övervägde syftet för palliativ sedering de upplevda etiska dilemmana. Vid etiska svårigheter bör sjuksköterskor ha tillgång till utformat stöd och tid för reflektering. Enbart en artikel visade att sjuksköterskor har tillgängligt stöd från kollegor och vårdteamet vilket väcker frågor kring vilket stöd sjuksköterskor har vid mötet av etiska svårigheter, samt vilken betydelse stöd har för sjuksköterskor. Även frågor kring vilka strategier sjuksköterskor använder sig av för att hantera emotionell stress vid vård av döende patienter finns.

Ett fynd i denna litteraturöversikt var att sjuksköterskor upplever sin roll som givande trots att palliativ sedering som behandlingsform skapade emotionella engagemang. Känslan av emotionell närhet var som störst när sjuksköterskor bildade personliga band eller identifierade sig med en patient. Detta går i linje med Eriksson (2015, s.15) teori om att

förmågan att vårda hänger samman med människans moralutveckling i den betydelsen att hon kan identifiera sig med andra. Människan vill att andra ska ha det bra. Om den som vårdas utsätts för plåga i en vårdsituation, plågas den som vårdar också. Enligt Gill och Duffy (2010) är mötet med döende patienters emotionella och psykosociala behov en utmaning för all vårdpersonal, särskilt vid vård av patienter med cancer. Sjuksköterskors förmåga att identifiera sig med patienter kan öka medvetenheten om deras egen dödlighet vilket kan försvåra hanterbarheten för situationen och skapa emotionell stress. Förmågan att vara professionell sådana situationer är av stark betydelse som ställer krav på sjuksköterskors färdigheter.

Slutsats

Denna litteraturöversikt visar att sjuksköterskors erfarenheter varierar inom riktlinjer, kommunikation och känslomässiga upplevelser. Riktlinjer ska tydligt avgränsa vilka patienter som ska behandlas med palliativ sedering och ger sjuksköterskor en trygghet i sin yrkesutövning. Behandlingsmetoden har vidare en positiv spegling i sjuksköterskors attityder då palliativ sedering inte enbart lindrar lidande för patienterna själva utan skapar även välbehag åt både anhöriga och sjuksköterskor. Samtidigt ställer behandlingsformen krav på kliniska kunskaper så som administrering, kommunikation, samarbete samt färdigheter som krävs för att hantera emotionella bördor. Kommunikationen mellan läkare, sjuksköterskor, patienter och anhöriga behöver även vara god för att främja en hållbar riktning för sedering och denna litteraturöversikt belyser att det är viktigt att låta anhöriga och patienter få utrymme kommunikationen. Denna litteraturöversikt indikerar att riktlinjer behöver tydliggöras och mer forskning och utbildning inom området behövs för att säkra en klinisk kompetens.

Avslutningsvis identifierades en tydlig brist i samband med denna litteraturöversikt varav resultatet kan ifrågasättas om det är applicerbart till svensk vård då resultatet enbart innehåller material från internationell forskning. Däremot indikerar denna litteraturöversikt att behovet för framtida forskning inom området är stort inom Sverige.

Referenslista

*Anquinet, L., Raus, K., Sterckx, S., Smets, T., Deliens, L., & Rietjens, J. (2012). Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: A focus group study. *Palliative Medicine*, 27(6), 553-561. doi: 10.1177/0269216312462272

*Brinkkemper, T., Rietjens, J., Deliens, L., Ribbe, M., Swart, S., Loer, S., Zuurmond, W., & Perez, R. (2015). A favorable course of palliative sedation: Searching for indicators using caregivers' perspectives. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 32(2), 129-136. doi: 10.1177/1049909113512411

Bruce, A., & Boston, P. (2011). Relieving existential suffering through palliative sedation: Discussion of an uneasy practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2732-2740. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad - ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Hälsa och samhälle Evidensbaserad omvårdnad, Malmö högskola.

Engström, J., Bruno, E., Holm, B., & Hellzén, O. (2007). Palliative sedation at end of life—A systematic literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 26-35. doi: 10.1016/j.ejon.2006.02.007

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

Gill, F., & Duffy, A. (2010). Caring for cancer patients on non-specialist wards. *British Journal of Nursing*, 19(12), 761-767. doi: 10.12968/bjon.2010.19.12.48654

*Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2009). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: A nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine*, 23(7), 649-658. doi: 10.1177/0269216309106810

*Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2011). Continuous deep sedation until death in Belgium: A survey among nurses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(5), 870-879. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.022

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 31 augusti, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

- Karabulu, N., Erci, B., Özer, N., & Özdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advance Nursing*, 66(5), 1011-1021. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05254.x
- Karlsson, M., Milberg, A., & Strang, P. (2006). Dying with dignity according to Swedish medical students. *Supportive Care in Cancer*, 14(4), 334- 339. doi: 10.1007/s00520-005-0893-5
- Lawson, M. (2011). Palliative sedation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(6), 589-590. doi: 10.1188/11.CJON.589-590
- Läkemedelsverket. (2010). *Smärtlindring i livets slutskede – ny rekommendation*. Hämtad 5 september, 2016, från Läkemedelsverket, https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation_sm%C3%A4rtlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf
- McMillan, S., Tittle, M., Hagan, S., Laughlin, J., & Tabler, R. (2000). Knowledge and attitudes of nurses in veteran hospitals about pain management in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(9), 1415-1423.
- Miccinesi, G., Rietjens, J., Deliens, L., Paci, E., Bosshard, G., Nilstun, T., Norup, M., & van der Wal, G. (2006). Continuous deep sedation: Physicians' experiences in six European countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 122-129. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.07.004
- *Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I., & Shima Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliative Medicine*, 18(6), 550-557. doi: 10.1191/0269216304pm911oa
- *Patel, B., Gorowara-Bhat, R., Levine, S., & Shega, J. (2012). Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: Components for developing policy for nursing professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4), 432-427. doi: 10.1089/jjpm.2011.0336
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- *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. *Journal of Medicine Ethics*, 40(4), 230-234. doi: 10.1136/medethics-2012-100571
- *Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J., 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

*Rys, S., Mortier, F., Deliens, L., & Bilsen, J. (2014). The practice of continuous sedation until death in nursing homes in Flanders, Belgium: A nationwide study. *Journal of American Geriatrics Society*, 62(10), 1869-1876. doi: 10.1111/jgs.13073

Seale, C., Raus, K., Bruinsma, S., van der Heide, A., Sterckx, S., Mortier, F., Payne, S., Mathers, N., & Rietjens, J. (2015). The language of sedation in end-of-life care: The ethical reasoning of care providers in three countries. *Health*, 19(4), 339-354. doi: 10.1177/1363459314555377

Seymour, J., Rietjens, J., Brown, J., van der Heide, A., Sterckx, S., & Deliens, L. (2011). The perspectives of clinical staff and bereaved informal care-givers on the use of continuous sedation until death for cancer patients: The study protocol of the UNBIASED study. *BMC Palliative Care*, 10(5), 1-8. doi:10.1186/1472-684X-10-5

*Seymour, J., Rietjens, J., Bruinsma, S., Deliens, L., Sterckx, S., Mortier, F., Brown, J., Mathers, N., & van der Heide, A. (2015). Using continuous sedation until death for cancer patients: A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Palliative Medicine*, 29(1), 48-59. doi: 10.1177/0269216314543319

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientssäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2010). *Meddelandeblad: Tydliggörande om palliativ sedering*. Hämtad 6 september, 2016, från Socialstyrelsen, <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 indikationer - stöd för styrning och ledning*. Hämtad 5 september, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Öppna jämförelser 2014: Cancersjukvård: Jämförelser mellan landsting*. Hämtad 31 augusti, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-2>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Statistikdatabas för dödsorsaker*. Hämtad 10 oktober, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - värdig vård i livets slut*. Stockholm: Socialdepartementet.

Stark, L., Tofthagen, C., Visovsky, C., & McMillan, S. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(1), 61-70. doi: 10.1097/NJH.0b013e318236de5c

Statens medicinsk-etiska råd. (2008). *Skrivelse: Avgörande i livets slutskede*. Hämtad 12 oktober, 2016, från Statens-medicinsk-etiska råd, <http://www.smer.se/skrivelser/skrivelse-avgoranden-i-livets-slutskede/>

Svenska läkaresällskapet. (2010). *Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede*. Hämtad: 10 oktober, 2016, från Svenska Läkaresällskapet, <http://www.sls.se/PageFiles/225/000012134.pdf>

Thorkildsen, K. M., Eriksson K., & Råholm, M.-B. (2013). The substance of love when encountering suffering: An interpretive research synthesis with an abductive approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 449-459. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01038.x.

*Venke Gran, S., & Miller, J. (2008). Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(11), 532-538.

Wolf, M. T. (2013). Palliative sedation in nursing anesthesia. *AANA Journal*, 81(2), 113-117.

World Health Organization. (2015). *Cancer*. Hämtad 31 augusti, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

World Health Organization. (2016). *WHO definition of palliative care*. Hämtad 31 Augusti, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

*Zheng, R.-S., Guo, Q.-H., Dong, F.-Q., & Owens, R. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288-296. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009

Bilaga 1. Modifierad bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Carlsson & Eiman, 2003)

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Sjuksköterskor med erfarenhet av palliativ vård	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/ Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

Total poäng (max 48 p)	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad

Titel _____

Författare _____

Bilaga 2. Modifierad bedömningsmall för studier med kvantitativ metod (Carlsson & Eiman, 2003)

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Sjuksköterskor med erfarenhet av palliativ vård	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/ Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

Total poäng (max 47 p)	p	p	p	p
------------------------	---	---	---	---

Grad I: 80%

Grad II: 70%

Grad III: 60%

Titel

Författare

Bilaga 3. Tabell 2. Översikt av inkluderade artiklar i resultatet

Författare, Årtal, Land	Studiens Syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod, Datainsamling, Analys	Huvudresultat	Studiens kvalitet
Anquinet, Raus, Sterckxx, Smets, Deliens & Rietjens. 2012, Belgien.	Fortsättning på UNBIASED-studien. Målet var att undersöka professionella vårdgivares attityder om likheter och skillnader mellan CDS och eutanasi.	Kvalitativ	21, 8 läkare samt 13 sjuksköterskor. Deltagarna rekryterades i preliminära stadiet av UNBIASED-studien.	4 Fokusgrupper; 2 med läkare och 2 med sjuksköterskor. Diskussioner fördes i 2 h. Två observatörer. Ständig jämförande analys; Ljudinspelning, transkribering, samt ständiga jämförelser i likheter och skillnader. Text delades i fragment och kodades.	Skillnaderna reflekterades i avsikt för behandling, beslutsfattande, patienters preferenser samt patienters förfrågan. Åtskillnaden upplevs otydligt konceptuellt eller etiskt.	Grad 2.
Brinkkemper, Rietjens, Deliens, Ribbe, Swart, Loer, Zuurmond, & Perez. 2015, Nederländerna	Att undersöka och jämföra kliniska egenskaper för en föredragande riktning av sedering till en mindre föredragande riktning.	Kvantitativ	1580 läkare samt 475 sjuksköterskor tillfrågades. 606 Läkare och 276 Sjuksköterskor svarade. 185 sjuksköterskor inkluderades.	Anonyma frågeformulär. Randomiserat urval av läkare. Icke randomiserat urval av sjuksköterskor. Konstant jämförande analysmetod. Chisquare och Mann-Whitney användes till uträkningar i skillnader.	Vid palliativ sedering enligt RDMA-riktlinjerna nås önskvärt sedationsdjup fortare, sederingen blir djupare samt att varaktigheten blir kortare.	Grad 2.
Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens. 2009, Belgien.	På riksnivå studera de attityder som sjuksköterskor har mot olika beslut i livets slutskede, för att finna skillnader i attityder mellan grupper av sjuksköterskor baserat på deras sociodemografiska och arbetsrelaterade egenskaper.	Kvantitativ	3327 deltagare. 6000 tillfrågades, 3733 svarade. 406 exkluderades.	Tvårsnittsstudie. Randomiserat urval. Beskrivande statistik av karaktärerna. Multivariabel logistisk regressionsanalys användes för att mäta oddskvoten för olika egenskaper associerat till olika påståenden.	Två huvudteman; attityder gentemot beslut i livets slutskede och sjuksköterskans roll med dem, samt egenskaper till attityder. Skillnader mellan grupper förekom gentemot attityder om eutanasi och CDS. 96% ansåg att patienter med svåra symtom borde få läkemedel för att lindra lidande.	Grad 1.

Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens. 2011, Belgien	Att studera kommunikationsprocessen mellan sjuksköterskor och patienter, närstående, eller läkare innan inledning av CDS, och hur sjuksköterskor uppfattar denna praxis vid livets slut.	Kvantitativ	250 st. I en tidigare studie tillfrågades 6000 st. 3756 svarade. Av dessa valdes sjuksköterskor med erfarenhet av CDS ut, 252st. 2st. av dessa exkluderades.	Studien är en del av en större två-delad storskalig studie. Frågeformulär med slutna frågor där sjuksköterskorna skulle beskriva ett patientfall med CDS. Beskrivande analys. Skillnader mättes med Fisher's exact test. Alla data analyserades med hjälp av SPSS 17,0.	Sjuksköterskor har stor inverkan i beslutsprocessen kring CDS. Majoriteten beslutsfattandet utfördes av läkare tillsammans med sjuksköterskor varav kommunikation är begränsad till patient/familjs önskemål samt patientens tillstånd. Samtal om CDS mellan sjuksköterskor och anhöriga förekommer betydligt mer jämfört med patienter.	Grad 1.
Morita, Miyashita, Kimura, Adachi & Shima. 2004, Japan	Syftet var att 1) klargöra graden av emotionell börda relaterat till palliativ sedering bland onkologi- och palliativ-sjuksköterskor, samt 2) att identifiera bidragande faktorer till dessa nivåer.	Kvantitativ	4210 mottog ett frågeformulär varav 3498 svarade på frågeformuläret. 311 exkluderades och 3187 svar analyserades.	Rikstäckande tvärsnittsstudie. Frågeformulär. Deltagarna klassificerades i två grupper. För att utvärdera beroende variabler användes univariat analys. Oberoende faktorer mättes med multipel logistisk regressionsanalys samt multipel linjär regression.	Låga nivåer av emotionell börda vid sedering rapporterades men däremot höga nivåer av känslomässig påfrestning när sedering inte initierades för patienter med svåra eller ohanterliga symtom. Börda associerades med tidsbrist, teamarbete, önsknings, förmåga, hantera patientens död och värderingar.	Grad 2.
Patel, B., Gorowara-Bhat, R., Levine, S., & Shega, J. 2012, USA	Att belysa sjuksköterskors perspektiv, kunskaper samt färdigheter som krävs för att administrera palliativ sedering, för att utveckla en sjukhuspolicy som behandlar identifierande problem.	Kvalitativ	31 st. (Bortfall ej presenterat)	4 Fokusgrupper med 8-10 i varje grupp, diskussioner kring PS. Grounded Theory principer användes.	Sjuksköterskor stöttar idén om att upprätta en sjukhuspolicy. Fem huvudteman uppdagades som en sjukhuspolicy inom PS bör innehålla; Förmåga att definiera PS, Faktorer som avgör lämpligheten för PS, Färdigheter som behövs för att administrera PS, och Policy och förfarande av riktlinjer.	Grad 1.
Raus, Anquinet, Rietjens, Deliens, Mortier & Sterckx. 2014, Belgien	Genom fokusgruppsstudie undersöka vilka faktorer som kan främja eller begränsa användningen av CDS av läkare och sjuksköterskor.	Kvalitativ	8 Läkare och 13 Sjuksköterskor. (Bortfall ej presenterat)	Fokusgrupper i 2 h. 2 grupper läkare (4+4) samt 2 grupper sjuksköterskor (4+9). Observatörer antecknade under diskussionerna. Innehållsanalys. Transskript kodades i teman. Kodningsträd skapades som delade relevanta begrepp i kluster.	Patientens behov och önsknings är starka faktorer som kan främja eller begränsa användningen av CDS. Särskilda kriterier måste först mötas innan administrering inleds; kort förväntad livstid, intensivt lidande. Detta utgör en indikation i beslutsprocessen.	Grad 2.

Raus, Brown, Seale, Rietjens, Janssens, Bruinsma, Mortier, Payne & Sterckx. 2014, Belgien & Nederländerna.	Fortsättning på UNBIASED-studien. Syftet var att undersöka det som kan påverka hur vårdgivare hanterar emotionell stress vid CS.	Kvalitativ	Intervjuer med 57 Läkare, 73 sjuksköterskor och 34 anhöriga.	Innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer. Icke randomiserat urval av sjuksköterskor. Data analyserades till teman med hjälp av konstanta jämförelser och kodning.	Ett huvudtema; Närhet till patienten, som bestod av fyra dimensioner; beslutande, orsaker, fysisk och emotionell. Vid större närhet till dessa upplevde sjuksköterskorna större emotionellt engagemang vid CS.	Grad 2.
Rys, Mortier, Deliens & Bilsen. 2014, Belgien	Att undersöka hur kontinuerlig sedering fram till döden praktiseras i vårdhem i Flanders, i synnerhet för att beskriva egenskaper i beslutsprocessen före initieringen av CDS, framförandet av CDS, och uppnådd kvalitet av död	Kvantitativ	660 tillfrågade. 432st. accepterade medverkan	Rikstäckande retrospektiv tvärsnittsstudie. Kodade frågeformulär innehållande 54 slutna frågor. Beskrivande analys användandes med SPSS 20,0 och StatXact 6. Skillnader mättes med t-test och u-test.	Stor andel sjuksköterskor deltar vid CDS. De flesta patienter som mottar CDS är äldre kvinnor med cancer eller demenssjukdom. Förväntad livstid är mindre än 2 veckor. Administrering ger adekvat symtomkontroll och resulterar i god kvalitet att dö. Anhörigas aspekter har stor betydelse i beslutsprocessen.	Grad 1.
Seymour, Rietjens, Bruinsma, Deliens, Sterckx, Mortier, Brown, Mathers & Van der Heide. 2015, UK, Belgien & Nederländerna	Baserat på UNBIASED-studien (Storbritannien-Belgien-Nederländerna internationella Sederings Studie) för att jämföra hur läkare och sjuksköterskor från dessa tre länder beskriver sin praxis och vilka motiveringar de har	Kvalitativ	84 patientfall, varav 57 läkare och 73 sjuksköterskor (bortfall ej presenterat)	Explorativ fallstudie som undersöker ett fenomen från varierande perspektiv. Semistrukturerade intervjuer som ljudinspelades. Tvärfallsjämförelser samt ständig jämförande analysmetod användes. Data transskripterades samt kodades för att skapa kategorier och teman.	Kulturella skillnader förekommer gällande etiska perspektiv inom riktlinjer för lämplig användning av kontinuerlig sedering.	Grad 2.
Venke Gran, S., & Miller, J. 2008, Norge	Att utforska om sjuksköterskor ansåg djup palliativ sedering som ett etiskt dilemma: och om så, varför de upplevde det som ett etiskt dilemma.	Kvalitativ & Kvantitativ	145 tillfrågade, 73 accepterade medverkan.	Explorativ beskrivande design. Frågeformulär med öppna och slutna frågor. Beskrivande analys användes till den kvantitativa delen och Innehållsanalys till den kvalitativa.	Majoriteten sjuksköterskor upplever PS som etiskt svårt med respekt för patientens autonomi. Patienter som själva inte kan vara delaktig i besluten om fortsatt sedering förvärrade känslan av etiskt dilemma.	Grad 2.

Zheng, Guo, Dong & Owens. 2015, Kina	Att belysa kinesiska onkologi sjuksköterskors erfarenheter av att ta hand om döende patienter med cancer.	Kvalitativ	28 st. (Inget bortfall)	En kvalitativ beskrivande design användes. Semistrukturerade intervjuer, ljudinspelning, transkribering, kodning, tematiska analyser, kluster av teman. Analysen begränsade tills saturation var uppnådd.	Fem huvudteman som sjuksköterskorna refererade till; vård i livets slutskede för döende patienter med cancer, vård vid livets slutskede av familjemedlemmar, kulturellkänslighet och kommunikation, moralisk stress och självbegränsningar, självreflektering, och begynnande fynd.	Grad 1.
--------------------------------------	---	------------	----------------------------	---	---	---------

Bilaga 4. Tabell 3. Exempel på analysarbetet

Meningsbärande enhet	Översatt meningsbärande enhet	Tema
<p>The state that the patient is in at the time that CS is considered, was mentioned as being important by the focus group participants. A clear facilitator for deciding to use the practice is that the patient is suffering severely and has a short life expectancy. A good indicator for a short life expectancy was said to be when the patient herself stops taking in food and fluids.</p>	<p>Tillståndet som patienten befinner sig i vid tidpunkten som CS utvärderades, nämndes som viktigt av fokusgruppsmedlemmarna. En tydlig indikator för att besluta om att använda metoden är när patienten lider svårt och har kort förväntad livstid kvar. En bra indikator för kort förväntad livstid sades vara när patienten själv slutade ta in mat och vätska.</p>	<p>Sjuksköterskors erfarenheter av riktlinjer och indikationer för palliativ sedering</p>
<p>The importance and urgency of symptom management for dying cancer patients, especially pain control was repeatedly pointed out. "Some even ask us to assist with suicide because of the unbearable pain. All I do is to assess the patients frequently, communicate with their doctors, administer painkillers, or place a patient-controlled analgesia pump for them. Some pain could be controlled, but others not... I tried my best to help them".</p>	<p>Den viktiga och angelägna symtombehandlingen, särskilt smärtpåverkan påpekades upprepade gånger. "Några frågar oss till och med att assistera med självmord, på grund av den outhärdliga smärtan. Allt jag gör är att assistera patienten frekvent, kommunicerar med dess doktorer, administrerar smärtstillande, eller administrerar en patientkontrollerad analgetika-pump åt dem. En del smärta kan kontrolleras, andra inte... Jag försökte mitt bästa att hjälpa dem".</p>	<p>Sjuksköterskors erfarenheter av riktlinjer och indikationer för palliativ sedering</p>
<p>Respondents made it clear that being involved in continuously sedating a patient until death had great emotional impact and that this was influenced by the degree to which they felt emotionally and physically close to the patient receiving CS.</p>	<p>Deltagarna klargjorde att vara inblandad i kontinuerlig sedering av en patient tills döden hade stor emotionell påverkan som påverkades av vilken grad de kände sig emotionellt och fysiskt nära till patienten som mottog CS.</p>	<p>Sjuksköterskors känslomässiga upplevelser kring palliativ sedering</p>