

# Palliativ sedering

## En metasyntes

FÖRFATTARE	Cynthia Opazo Linnea Player-Pellby
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250, Examensarbete HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Åsa Premberg
EXAMINATOR	Harshida Patel

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Palliativ sedering - En metasyntes
Titel (engelsk):	Palliative sedation - A metasyntesis
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program: kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete - Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Cynthia Opazo Linnea Player-Pellby
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Harshida Patel

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Vård i livets slutskede är en essentiell del av sjuksköterskans profession. Den primära uppgiften är inte att bota. Den är att lindra samt göra patientens sista tid i livet så bekväm som möjligt. Palliativ sedering är en delvis ifrågasatt behandlingsmetod, men som ändå är vedertagen inom svensk och internationell sjukvård. **Syfte:** Denna uppsats syftar till att undersöka sjuksköterskans erfarenheter i samband med palliativ sedering vid vård i livets slutskede. **Metod:** I uppsatsen, som är en metasyntes grundad på kvalitativa artiklar, analyseras texten utifrån Beauchamp och Childress fyra etiska principer, rättvisepincipen, icke-skadaprinicipen, göra gottprincipen och autonomiprinicipen. **Resultat:** Sjuksköterskans erfarenheter i samband med palliativ sedering differentierar och flera olika variabler påverkar erfarenheten, såsom utbildning, teamarbete, yrkeserfarenhet och vilket land sjuksköterskan arbetar i. Sjuksköterskan upplever det problematiskt att tala om palliativ sedering med sina patienter, då den utav samhället ses som tabubelagd. Denna svårighet kopplar sjuksköterskan också till andra yrkesgrupper och sjuksköterskan ser även svårigheter kring dosering av sederande läkemedel samt bedömning av icke behandlingsbara symtom. Sjuksköterskan vet inte om den palliativa sederingen påskyndar dödsprocessen, även om det ibland finns en undermedveten önskan om det. Sjuksköterskan särskiljer sig själv från patienten med olika avskiljningstekniker för att lätta den emotionella bördan. Samtidigt ses palliativ sedering som positiv då den bejakar sjuksköterskans önskan att göra gott och lindra lidande. **Slutsats:** Fortsatt forskning inom området är essentiellt för att öka sjuksköterskans vetenskapliga grund, för att möjliggöra utbildning och tydligare riktlinjer inom palliativ sedering.

*Sökord: palliativ sedering, erfarenhet, etik, moral, icke behandlingsbara symtom*

# Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND .....	1
Palliativ vård .....	1
Symtom som indikerar palliativ sedering .....	1
Palliativ sedering.....	2
Kliniskt genomförande av palliativ sedering .....	3
Etiska ställningstaganden.....	4
Beauchamps och Childress fyra etiska principer.....	4
Problemformulering .....	5
SYFTE .....	5
METOD .....	5
Metasyntes .....	5
Litteratursökning .....	5
Urval.....	5
Inklusions- och exklusionskriterier .....	6
Kvalitetsgranskning .....	6
Dataanalys.....	6
Etiska överväganden.....	6
RESLUTAT .....	7
Autonomiprincipen – att välja för någon annan .....	7
Att icke skada – ett etiskt dilemma.....	7
Att göra gott och att avgöra vad som är gott .....	9
Att vara rättvis och dela på ansvaret .....	11
DISKUSSION .....	12
Metoddiskussion .....	12
Resultatdiskussion.....	13
Slutord .....	15
Klinisk implikation .....	15
Fortsatt forskning .....	16
REFERENSER .....	17

BILAGA 1: Litteratursökning

BILAGA 2: Kvalitetsgranskning

BILAGA 3: Artikelöversikt

## INLEDNING

Användningen av palliativ sedering inom sjukvården har diskuterats både inom Sveriges gränser och i länder världen över. Många av dessa diskussioner grundar sig i under vilka förutsättningar praktiken ska få förekomma och läkarens attityder. Detta trots att det är sjuksköterskan som administrerar, ger de ordinerade läkemedlen och har ansvar för patientens dagliga omvårdnad. Det är sjuksköterskan som möter de närstående som varje dag sitter vid patientens sida och det är sjuksköterskan som följer övervakningen av sederingen. Vilka erfarenheter har sjuksköterskorna av palliativ sedering? Uppstår det konflikter på det professionella planet och i så fall vilka?

Sjuksköterskans erfarenhet kring den palliativa sederingen och dess omvårdnad, är inte tillräckligt beskriven eller undersökt. Palliativ sedering är något författarna innan och under utbildningen kommit i kontakt med. Det är delvis utifrån våra egna reflektioner och erfarenheter kring etik, moral och beprövad klinik som har styrt uppsatsens inriktning.

## BAKGRUND

I bakgrunden ges en kort beskrivning av utvecklingen av den palliativa vården relevant till denna uppsats. Den beskriver begreppen *refractory symptoms*, *intretable suffering*, *existential suffering* och *palliativ sedering*. Dessa begrepp klargörs längre fram. Vidare redovisas hur palliativ sedering används samt kliniskt tillvägagångssätt. I bakgrunden beskrivs också grundläggande etiska aspekter och ställningstaganden relaterat till uppsatsens problemområde.

### Palliativ vård

Den palliativa vårdfilosofins grundare Dame Cicely Saunders stod under 1960-talet för en nytänkande omvårdnad, med öppnandet av St Christopher's Hospice i Storbritannien. Arbetet på hospicet hade som mål att människor fram till livets slut skulle erhålla en tillfredsställande symtomkontroll och fullgod psykologiskt hjälp (Strang & Friis, 2012).

Sedan dess har den palliativa vårdfilosofin utvecklats och i SOU 2001:6 (Statens offentliga utredningar) definieras begreppet *palliativ vård* som beskrivningen för vård i livets slutskede. Denna vård är inte kurativ. Den syftar inte till att bota patienten utan till att lindra. Palliativ vård ska återspegla en helhetsvård av dels den sjuke, dels den sjukas närstående tills dess att den sjuke avlider. Den palliativa vården skall vila på de fyra hörnstenar som formulerats i utredning; symtomkontroll, teamsamarbete, kommunikation och närståendestöd.

Denna definition följer också Världshälsoorganisationens riktlinjer. WHO fastslår att den palliativa vården har som syfte att förbättra patientens livskvalité samt stödja närstående i de problem de möter i samband med dödlig sjukdom. Den palliativa vården ska lindra både fysisk och existentiell smärta och vården i sig ska varken fördröja eller förlänga dödsprocessen. En av de viktigaste delarna i en välfungerande palliativ vård är symtomlindring med ett övergripande mål om att främja välbefinnande och understödja värdighet i livets slutskede.

### Symtom som indikerar palliativ sedering

Det finns flera symtom som bedöms som vanliga vid livets slut. Dessa är smärta, oro och ångest, illamående, andnöd och rosslighet. I de flesta fall går det att uppnå en korrekt

symtomlindring av de symtom som uppträder vid livets slut. Detta genom en adekvat läkemedelsbehandling och vid behovs läkemedelslista. Även komplementära metoder som akupunktur och TENS är goda behandlingsalternativ (Lindqvist & Rasmusen, 2009).

Det finns tillfällen då patientens lidande inte går att lindra, då patienten upplever det man på engelska benämner *refractory symptoms* eller *intoreable suffering* (Schildmann & Schildmann, 2014). Smärta, andnöd och kvävningsskänsla, förvirringstillstånd (delirium) samt andra fysiska och/eller psykiska besvär som inte kan lindras är exempel på plågsamma symtom. Dessa kan enligt Socialstyrelsen inte lindras på annat sätt än palliativ sedering, (Socialstyrelsen, 2010).

Det finns en viss oenighet kring begreppsdefinitionen, hävdar Schildmann och Schildmann (2014). Vissa riktlinjer på indikation för palliativ sedering skiljer på somatiska och psykologiska/existentiella symtom medan andra inte särskiljer begreppen. Definitionen kompliceras ytterligare då begreppet ”intoreable suffering” ibland jämnställs med *existential suffering*. Detta är ytterligare ett svårdefinierat och omdiskuterat begrepp inom den palliativa vården (Boston, Bruce & Schreiber, 2011).

Då det inte finns någon enhetlig svensk översättning kommer de engelska begreppen, i denna uppsats, *refractory symptoms* och *intoreable suffering* definieras med ett och samma begrepp, ”icke behandlingsbara symtom”. Begreppet *existential suffering* kommer att benämnas ”existentiellt lidande”.

Schildmann och Schildmann menar att problematiken kring indikationer för palliativ sedering har en direkt påverkan på den kliniska praktiken. Författarna har undersökt officiella riktlinjer för indikation av palliativ sedering. Det råder en gemensam konsensus i officiella riktlinjer att det som benämns ”refractory symptoms” samt ”intoreable suffering” är en positiv indikation för palliativ sedering (Schildmann & Schildmann, 2014).

## **Palliativ sedering**

När andra möjligheter är uttömda och patienten i livets slutskede ändå upplever plågsamma symtom som inte kan lindras (eg. icke behandlingsbara symtom/existentiellt lidande) kan palliativ sedering övervägas. Vanligast förekommande symtom är smärta, andnöd eller delirium men även andra symtom, både fysiska och psykiska, kan vara aktuella att behandla (Svenska läkaresällskapet, 2010).

Socialstyrelsen definierar i sin termbank begreppet som följer:

*”Sedering som åstadkoms genom att en patient i livets slutskede får intermittent eller kontinuerlig tillförsel av lugnande och ångestdämpande läkemedel i den dos som är tillräcklig för att framkalla sådan sänkning av medvetandegraden att patienten inte längre uppfattar svåra symtom. (...)Palliativ sedering kan användas om patienten har svåra symtom som inte kan lindras med andra metoder. Behandlingen ges utifrån patientens önskemål, tillstånd och behov av symtomlindring. Palliativ sedering är inte detsamma som narkos.”* (Socialstyrelsen, 2014).

I det nationella vårdprogrammet finns inga specificerade rekommendationer eller riktlinjer gällande palliativ sedering. De hänvisar istället till Socialstyrelsens, Läkemedelsverkets samt Svenska Läkaresällskapets definition av palliativ sedering. Enligt Svenska Läkaresällskapet (2010), samt i Socialstyrelsens meddelandeblad till hälso- och sjukvården (2010), beskrivs palliativ sedering vid livets slutskede som en medveten påverkan av vakenhetsgraden hos en

patient i livets slutskede med syfte att uppnå lindring vid outhärdliga symtom. Svenska Läkaresällskapet skriver också att behandlingen förutsätter att patientens förväntade överlevnad är mycket kort, vanligen högst en till två veckor samt att avsikten med palliativ sedering inte är att förkorta eller förlänga dödsprocessen. Palliativ sedering är inte jämförbart med eutanasi vilket innebär dödshjälp och att avsluta en patients liv på dennes begäran. Då en läkare skriver ut en dödlig dos men i övrigt inte aktivt deltar i patientens självmord kallas assisterat självmord. Medan eutanasi enligt svensk lag är förbjuden är den rättsliga ställningen av assisterat självmord oklar då det ännu inte prövats i högre instanser (Ottosson, 2009).

I de nyligen framtagna Nationella riktlinjerna för palliativ vård (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012) påpekas att metoden för att avgöra patientens tid i livet inte har särskilt stor vetenskaplig evidens och att det är flera olika samhällsinstitutioner som måste samarbeta för att tillsammans ta fram godtagbara riktlinjer för den kliniska praktiken.

Det finns ingen internationellt vedertagen definition av palliativ sedering och det är inte en specificerad evidensbaserad medicinsk behandling. Huruvida man skall använda palliativ sedering i livets slutskede, och vid vilka tillfällen, menar Socialstyrelsen, i grunden är en värderingsfråga som fortsatt måste diskuteras innan klara riktlinjer kan ges (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012).

Enligt läkemedelsverkets rekommendationer (2010) kan beslut om permanent sedering enbart bli aktuellt om patienten bedöms vara i sent terminalt skede med kort tid kvar att leva (timmar till dagar). Läkemedelsverket menar att en sådan bedömning kräver stor kunskap och erfarenhet. De skriver också att existentiell och psykisk smärta/lidande kräver speciella övervägande då det är mycket svårt att fastställa när lidandet inbegriper icke-behandlingsbara symtom.

### **Kliniskt genomförande av palliativ sedering**

Palliativ sedering erhålls genom kontinuerlig intravenös tillförsel av lugnande och ångestdämpande läkemedel. Medvetandegraden påverkas av målet med symtomlindringen samt med hänsyn till patientens tillstånd och behov (Socialstyrelsens meddelandeblad till hälso- och sjukvården, 2010).

Svenska Läkaresällskapet (2010) skriver att sedering samtidigt skall vara tillräckligt djup för att patienten ska uppleva situationen uthärdlig och skiljer mellan *Intermittent palliativ sedering* och *Permanent palliativ sedering*. Genom intermittent sedering kan patientens medvetandegrad tillfälligt höjas varpå det finns en möjlighet att samtala med patienten angående behandling och den kan då bedömas på nytt. Det finns dock inga legala krav på att emellanåt höja patientens medvetandegrad (Socialstyrelsen, 2010). Permanent sedering ges normalt då symtom bedöms vara permanenta och patientens förväntade överlevnad bedöms vara kort men kan ges under olika lång tid beroende på patientens önskemål, tillstånd samt behov. Det finns heller inte några legala hinder mot att välja permanent sedering som behandlingsform så länge behandlingen uppfyller kraven på god vård. (Socialstyrelsen, 2010 & Svenska Läkaresällskapet, 2010).

Både intermittent och permanent sedering genomförs huvudsakligen med Midazolam, en bensodiazepin med mycket snabb effekt. Preparatet ges parenteralt och har också en ångestdämpande effekt. Behandlingen strävar efter att ge ett sedationsdjup med god symtomlindring samtidigt som en onödigt djup medvetandesänkning undviks. Eftersom Midazolam saknar analgetisk verkan skall annan symtomlindrande behandling inte ändras. Vid permanent sedering krävs god tillsyn av den symtomlindrande effekten och andningen

och utvärdering görs av läkare varje dygn. Patienten behöver inte vara vaken för utvärderingen då det kan vara icke etiskt försvarbart att väcka en patient som uppenbarligen har outhärdliga symtom. (Bertler, 2009 & Läkemedelsverket, 2010)

### **Etiska ställningstaganden**

Birkler (2011) menar att etiken är ett *mänskligt grundvillkor*. Den etiska dimensionen i sjuksköterskans profession sker när sjuksköterskan möter sin patient, dess närstående och kollegor. Den etiska sidan av sjuksköterskans arbete kan beskrivas som en problematisk balansgång mellan det hon ”ska” och det hon ”bör”. En av sjukvårdens uppgifter är att vårda patienter, men de krav som patienter och närstående kan ställa blir för sjuksköterskan ett bör. Då den evidensbaserade omvårdnaden erövrar allt större mark så tänjs också gränserna för vad sjuksköterskan ”kan” göra. Birkler argumenterar fortsatt för att när sjuksköterskan reflekterar över sin profession genom olika etiska modeller kan dessa ibland komma i konflikt med vad Birkler benämner *yrkets egna karaktärsdygder*. Det vill säga den reella kompetensen och kliniska erfarenheten sjuksköterskan kontinuerligt utvecklar och bygger upp under hela sitt yrkesverksamma liv (Birkler, 2011).

Begreppet etik härleds från det grekiska ordet *ethos*, som betyder skick, sedvana eller bruk. När något vi gör har blivit en vana, en upprepad handling eller ett bruk har vanan blivit sedlig (Birkler, 2011). Begreppet moral härstammar emellertid ifrån det latinska ordet *moralis*, som är en översättning av det grekiska ordet *ethikos*. Det begreppet betyder också skick, sedvana eller bruk. Rent språkhistoriskt är det alltså korrekt att använda begreppen synonymt (Birkler, 2010).

Beck-Friis (2009) särskiljer begreppen etik och moral, även om det ofta dras ett likhetstecken mellan de båda begreppen. Författaren menar att etiken syftar till den teoretiska sfären medan moralen syftar till den praktiska sfären. Det vill säga sjuksköterskans kliniska praktik och handlande. Människans grundläggande människosyn påverkar hennes etiska referensramar. Beck-Friis lyfter fram de fyra riktlinjerna autonomi, inte skada, göra gott och rättvisekrav. Dessa anser hon att sjuvårdspersonal bör beakta i etiska sammanhang.

### **Beauchamps och Childress fyra etiska principer**

Tom Beauchamp och James Childress (2009) har utvecklat en modell för identifiering av etiska principer inom hälso- och sjukvården. Modellen består av de fyra följande beskrivna principerna. *Autonomiprincipen* hävdar att alla människor har en moralisk skyldighet att respektera andra människors självbestämmanderätt. Detta måste respekteras så länge en enskild persons handlingar skadar andra. Den fastslår också att alla människor har rättigheten att själva bestämma över sitt eget liv. Som patient har man alltså rätten att själv ha makten kring vilka beslut som tas. *Icke- skadapprincipen* innebär att alla människor har en moralisk skyldighet att inte skada andra. Människor ska inte komma till skada på grund av fysisk/psykisk smärta/lidande eller kränkt integritet. Med skador åsyftas direkta skador/lidande. Denna princip skiljer sig från göra- gottprincipen som fokuserar på indirekta skador eller lidande. *Icke- skadapprincipen* beskrivs av Sandman och Kjellström (2013) att vi genom våra handlingar inte får inbringa patienten i ett sämre läge än innan handlingen. *Göra-gottprincipen* innefattar tre delar, en moralisk skyldighet att förebygga att skador sker, att minska lidandet/smärtan av en skada som redan uppstått och slutligen att främja hälsa och välbefinnande. Principen syftar alltså till förbättring. Sandman och Kjellström (2013) menar att det som gör denna princip svår att begränsa är frågan vilka gränser som finns för vad man som sjuksköterska kan göra. *Rättvisepprincipen* hävdar att alla människor är moraliskt ålagda att behandla sina medmänniskor rättvist och bygger på uppfattningen att alla människor är

lika mycket värda och har samma människovärde. Att behandla sina medmänniskor rättvist betyder bland annat att man ska dela mödor och fördelar. Däremot redovisar principen inte för hur mödor och fördelar ska fördelas (Sandman & Kjellström, 2013).

## **Problemformulering**

Palliativ sedering är en omdiskuterad behandlingsmetod, där sjuksköterskan erhåller ett stort ansvar. Sjuksköterskan övervakar patienten, ser till de närstående samtidigt som sjuksköterskan ska administrera det sederande läkemedlet. Detta ansvar medför många svårigheter och påverkar sjuksköterskan i hennes roll som omvårdnadsansvarig i samband med palliativ sedering. Vilka erfarenheter har sjuksköterskan av palliativ sedering och påverkar dessa sjuksköterskan ur ett etiskt och moraliskt perspektiv?

## **SYFTE**

Syftet med denna uppsats är att granska litteratur kring sjuksköterskans erfarenheter i samband med palliativ sedering inom omvårdnad, utifrån Beauchamps och Childress fyra etiska principer.

## **METOD**

### **Metasyntes**

Metasyntes är en typ av systematisk litteraturstudie, som kännetecknas av att data inte reduceras till en enhet utan jämförs, översätts och därefter analyseras. Detta leder till nya tolkningar och meningar i artiklarnas resultat. Metasyntes syftar till att redovisa ett sammanhängande resultat från flera olika tidigare genomförda kvalitativa studier och att fungera som underlag för beslut inom den kliniska verksamheten. Det viktiga är att studien redovisar aktuell forskning inom problemområdet. På så sätt är det möjligt att analysera en större mängd data. Metodens fördelar ligger i dess styrka att redovisa sammanvägda resultat, men också i kvalitetsgranskningen som inkluderar studier av hög kvalitet. Författarna framhäver också metodens starka bevisvärde som kan resultera i nya omvårdnadsrekommendationer (Forsberg & Wengström, 2008).

### **Litteratursökning**

Som underlag för uppsatsen valdes artiklar från databaserna Scopus, Cinahl, PubMed och PsycINFO. Tillsammans uppfyller databaserna kriterierna inför uppsatsen då den ska innehålla nationella och internationella källor för återspeglning av det valda problemområdet.

En inledande informationssökning gjordes för att få tillräcklig bakgrundsinformation om ämnet, och för att se om det fanns tillräckligt med material, för att sedan kunna gå vidare med mer specifika sökningar. Efter att ha formulerat målet för uppsatsen kunde en egentlig informationssökning påbörjas (Östlundh, 2012). Inledande söktes även tidigare uppsatser på ämnet för att kunna belysa ämnet ur ny vinkel.

### **Urval**

Artiklar söktes utifrån olika kombinationer av begreppen: *palliative*, *sedation*, *nurse* och *ethics*.



Utifrån antalet träffar lästes titlar över samtliga artiklar. De som till synes ansågs relevanta granskades närmare genom att läsa abstrakt. Utifrån dessa abstrakt valdes sedan artiklar för vidare granskning och slutligen kunde de åtta artiklar som ingår i analysen väljas ut. Sökningar redovisas i bilaga 1.

### **Inklusions- och exklusionskriterier**

Endast kvalitativa studier inkluderades i uppsatsen. Kvantitativa artiklar, artiklar med fokus på barn och specifika sjukdomar exkluderades. Vissa av artiklarna påträffades inte i fulltext i en databas men återfanns i en annan, så som Gielen et al. (2011) fanns inte i fulltext i Cinahl (2014-10-15) men återfanns i fulltext i Scopus. Flera av artiklarna påträffades i samtliga eller flera av databaserna.

### **Kvalitetsgranskning**

Formuläret som granskningen bygger på är en av uppsatsförfattarna omarbetad version som baseras på Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) granskningsformulär för kvalitativa artiklar. Författarna skrev klart och tydligt att deras formulär endast är en mall och att granskningsformuläret måste anpassas innan användning.

Uppfylldde artikeln kriteriet gavs 1 poäng, uppfylldes kriteriet inte gavs 0 poäng. Den totala möjliga poängen för varje artikel var således 5 poäng. Gränsen för inkludering av artiklar i uppsatsen sattes vid 3 poäng. 4-5 poäng bedömdes som hög kvalitet. Artiklar under 3 poäng exkluderas då dessa inte bedömdes hålla tillräcklig standard.

Kvalitetsgranskningen presenteras i bilaga 2.

### **Dataanalys**

Artiklanalysen utgick från Forsberg och Wengströms (2008) analysmetod för kvalitativ forskning. Först lästes de valda artiklarna igenom flera gånger i detalj. För att kunna ta del av endast sjuksköterskornas erfarenheter av palliativ sedering granskades genomgående sjuksköterskornas citat i artiklarna. Citaten markerades med pennor av olika färg. Fyra olika färger representerade de fyra etiska principerna. Citaten plockades ut och citat markerade med samma färg placerades under samma etiska princip. Genom en kontinuerlig dialog sinsemellan kom uppsatsförfattarna fram till om citaten var korrekt placerade eller om de ansågs tillhöra en annan princip än den markerade. Appliceringen av Beauchamp och Childress etiska principer på det granskade materialet diskuterades sedan i ett separat diskussionsavsnitt i uppsatsen. Citat av läkare, närstående eller andra vårdgivare granskades ej, då dessa inte föll inom ramen för uppsatsens syfte.

### **Etiska överväganden**

Samtliga använda artiklar i denna uppsats har varit vetenskapligt publicerade och granskade, vilket är nyckeln för artiklars trovärdighet, menar Östlundh (2012). Majoriteten av de granskade artiklarna har varit föremål för etisk granskning (Nilsson & Tengvall, 2013), (Patel et al., 2012), (Raus et al., 2014), (Rietjens, Hauser, van der Heide & Emanuel, 2007), (Rys, Deschepper, Deliens, Mortier & Bilsen, 2013), (Zinn & Moriarty, 2012). Gielen et al. (2011) har fått etiskt godkännande för sin studie av två av de fyra deltagande institutioner där en etisk kommitté har funnits. Godkännande för deltagande i studien på de resterande två institutionerna gjordes av respektive styrelse. Swart et al. (2014) skriver uttryckligen i sin artikel att ingen etisk granskning har gjorts, då artikeln är en del i ett större forskningsprojekt

samt att den är befriad från detta då den är granskad enligt tysk lag. Artikelöversikt ses i bilaga 3.

## RESLUTAT

Resultatet av de kvalitativa artiklar som ligger till grund för uppsatsen kommer att presenteras i löpande text under rubriker, utifrån Beauchamps och Childress fyra etiska principer.

### **Autonomiprincipen – att välja för någon annan**

I denna del redogörs för autonomi och de svårigheter som finns då patienten inte längre kan kommunicera sin vilja, av olika skäl, samt hur mycket närstående ska ta del av besluten.

Många sjuksköterskor upplevde det svårt när patienten inte kunde kommunicera verbalt och själv vara delaktig i sin behandling eller uttrycka sina behov. En sjuksköterska berättar: ”*It’s always easier when the patient can communicate verbally and can confirm it*”. (Nilsson & Tengvall, 2013, s. E3). Deltagare i flera studier menade att patientens vilja och uttryckliga medgivande vid initiering av palliativ sedering, sätts i första rummet (Patel et al., 2012 & Rys et al., 2013).

Det rådde dock stor tvekan kring trovärdheten, vid medgivanden gjorda av patienter som led av demens. Vid de fall patienten själv inte kunde uttrycka sig adekvat var det viktigt att diskutera med patientens lagliga representant, såsom familj, men om den kliniska bedömningen var att patienten led måste sedering ändå vara ett möjligt alternativ. Ett annat problem sjuksköterskorna uttryckte, i samband med inblandning av sederade patienters närstående, var att de en bit in i behandlingen kunde komma att be personalen påskynda patientens död. Särskilt i de fall då patienten varit sederad mer än en vecka (Rys et al., 2013).

Även om den ansvariga sjuksköterskan ansåg att patienten hade det bekvämt, kunde ändå omgivande faktorer, som patientens familj, påverka beslutet att initiera en kontinuerlig palliativ sedering. En annan sjuksköterska beskrev hur patientens familj upprepade gånger frågade om det inte fanns något mer de kunde göra. Det fördes då en diskussion inom teamet om vad närståendes egentliga fråga var och beslut om att starta sederingen togs. Närståendes oförmåga att hantera situationen leder i vissa fall till att de efterfrågar sedering. Studien är utförd i Tyskland och således gäller landets nationella riktlinjer för palliativ sedering där det står att även om patientens vilja ska framgå så är det i slutändan ett medicinskt beslut huruvida sedering ska påbörjas (Swart et al., 2014).

Kritik lyftes också av sjuksköterskor mot bruket av permanent palliativ sedering då det avsevärt ansågs begränsa patientens dagliga aktivitet, sociala liv och förmåga att få i sig mat och dryck. Samtidigt betonades också att beslutet huruvida palliativ sedering skulle initieras eller inte, inte enbart skulle vila på dessa variabler. Patientens och dess närståendes önsknings måste också betraktas (Gielen et al., 2011).

### **Att icke skada – ett etiskt dilemma**

Denna del tar upp problematiken kring sjuksköterskans roll att utföra sitt jobb samtidigt som hon/han inte är delaktig i alla beslut eller delar samma åsikter som beslutsfattaren. Ofta måste sjuksköterskan underordna sig läkarens beslut och det kan då uppstå etiska konflikter hos

sjuksköterskan. Här beskrivs också upplevelsen av misslyckande när en behandling inte fungerar, det existentiella lidandet, den svåra balansgången som finns beträffande ”rätt” dosering, stöd för sjuksköterskan och oron som sjuksköterskan kan ha för att påskynda dödsprocessen. Även bristen på riktlinjer och regler berörs, då detta påverkar sjuksköterskans kliniska praktik.

Vissa sjuksköterskor talade om att de inte hade någon möjlighet att påverka läkarens beslut vilket upplevdes som frustrerande och de trodde inte på någon gemensam uppfattning inom teamet. En sjuksköterska beskrev detta som hemskt men förklarade det med att allting ändå föll tillbaka på den ansvarige läkaren. Många hade höga förväntningar på sig själva att lindra patienternas symtom och när patienterna inte blev helt fria från symtom infann sig en känsla utav misslyckande. Sjuksköterskorna kände ansvaret av att ha kontroll (Nilsson & Tengvall, 2013). En sjuksköterska uttryckte sin osäkerhet kring att sedera en patient som försökte komma ur sängen med ”*almost trying to get away from it*” (Zinn & Moriarty, 2012, s. 360) och ställde sig frågande till om patienterna under sedationen fortfarande försökte fly men inte längre var fysiskt kapabla till detta.

En annan sjuksköterska skildrade den fina linjen som finns i denna typ av omvårdnad och menade att de vill hjälpa patienten att få så bra kvalitet som möjligt på den sista tiden och att de ska kunna kommunicera med sin familj trots att de samtidigt sederas på grund av smärta. Informanterna berättade att det var viktigt att ta tillvara på patientens önsknings gällande sedering och menade att om patienten själv ville bli sederad eller överlät beslutsfattandet åt en annan person var detta en trygghet för sjuksköterskan. I övriga fall kunde det leda till en osäkerhet hos sjuksköterskan. Personalen uttryckte också en önskan om policy och riktlinjer på enheten. Detta då bristen på riktlinjer ledde till en osäkerhet och rädsla hos sjuksköterskorna att ge för mycket läkemedel. De ansåg att med en policy samt utbildning skulle personalen känna sig mer bekväma (Patel et al., 2012).

I andra fall gav sjuksköterskorna också uttryck för att det var svårt att uppskatta vilken dos av det sederande läkemedlet man skulle ge, då riktlinjer endast säger att dosen skall anpassas till patientens situation. Det rådde en diskrepans mellan de tillfrågade sjuksköterskorna, då vissa ansåg att hitta den absolut bästa dosen inte var helt relevant. De resonerade istället ”hellre lite för mycket än för lite”. Andra gav dock tydligt uttryck för rädslan att en för hög dos skulle leda till påskyndande av dödsprocessen (Rys et al., 2013). Sjuksköterskorna pratade om den dubbla effekten som etiskt rättfärdig oavsiktlig skada men som också sänker medvetandegraden. En sjuksköterska säger: ”*Because then the patient becomes less agitated, we say their symptoms are controlled, but we’ve induced a coma*” (Zinn & Moriarty, 2012, s. 361). En annan menade att man inte skulle ta sedering lättvindigt, samt förstå verkningar och konsekvenser utav palliativ sedering. Emellanåt nämndes rädslan för att ge den ”sista injektionen” och tankarna kopplades till eutanasi. En informant betonade vikten av att göra skillnad på eutanasi och palliativ sedering, samt nämnde att medias roll hade en negativ effekt på vilken vård patienterna fick då media inte hade tillräckligt med erfarenhet kring ämnet (Nilsson & Tengvall, 2013).

Administrering av läkemedel och att sänka patientens medvetande kunde också relateras till ett moraliskt ansvar. Att vara den som administrerade läkemedlet kunde ibland vara ångestfyllt. En sjuksköterska beskrev hur hon en gång tänkte att hon injicerade personen till döds och hur det var en olustig känsla. Hon skildrade känslan av att trycka ner någon under vattnet och sedan få bestämma när patienten fick komma upp igen. Det var ingen känsla hon ville uppleva igen (Raus et al., 2014).

Gielen et al. (2011) beskriver hur det finns en allmän åsikt bland människor och sjukvårdspersonal i Indien att smärtstillande medicin påskyndar dödsprocessen. Detta gällde framförallt morfin då morfin ofta kopplas samman med andningssvårigheter och anses ha en mycket sederande effekt samt vara starkt beroendeframkallande. Dessa åsikter delades inte längre utav sjuksköterskorna i studien sedan de börjat arbeta inom den palliativa sjukvården. De hävdade att så länge doseringen av läkemedlet var korrekt uppkom inte ovanstående symtom. Däremot vittnade sjuksköterskorna om att de blivit anklagade av patienters närstående för just påskyndning av döendet i samband med palliativ sedering och relaterade detta tillbaka till allmänhetens generella åsikt (Gielen et al., 2011).

Flera utav sjuksköterskorna uttryckte att fördelarna med palliativ sedering översteg skadorna, men kunde samtidigt se att resonemanget var ett sätt att handskas med känslor av moraliskt ansvar. Speciellt i de fall informanterna var emotionellt, fysiskt eller beslutsmässigt nära administreringen av palliativ sedering (Raus et al., 2014).

Raus et al. (2014) beskriver hur det emotionella bandet är störst när vårdgivarna skapar ett personligt band, det vill säga en personlig relation, till den enskilde patienten. Informanterna själva skildrade dock reduceringen av detta band genom att göra skillnad på sig själva och patienten. De påvisade och tittade på de skillnader som fanns emellan den egna personen och patienten snarare än att se de likheter som fanns. De försökte också förminska bandet genom att betona och bekräfta sin professionella ställning. En sjuksköterska beskrev sin tacksamhet över att inte vara i tjänst, då de fick in ett litet barn på hospice. Vetskapen om att vara fysiskt inblandad skulle medföra ett emotionellt band och barnets död skulle ha varit för svårt att handskas med. Flera faktorer beskrivs som minskar anknytningen till ett beslut. Sjuksköterskorna i denna studie betonade att de inte hade det slutgiltiga ansvaret för beslut gällande behandlingsmetoden, utan beskriver istället sina roller som mer rådgivande. I andra fall beskrevs hur beslutet låg hos patienten. Informanterna menade att trots att det kunde vara svårt så var det ändå patientens beslut och man måste visa att man ger patienten den bästa möjliga vård. Detta var ett tecken på professionalitet (Raus et al., 2014).

Enligt Raus et al. (2014) ansåg också vissa sjuksköterskor det vara lättare att vara fysiskt nära en sederad patient då sedationen var lyckad (genom att patienten var lugn och bedömdes ha ett gott välbefinnande). Om patienten emellertid fortfarande verkade lida var det istället ångestfyllt att vara fysiskt nära. Flera informanter pekade på att det var intentionen som skiljde palliativ sedering och eutanasi åt och att det var viktigt att göra denna skillnad. Särskilt då detta påverkade personalens egna känslor. En sjuksköterska beskrev att det var stor skillnad på att aktivt avsluta någons liv och att endast sänka medvetandet och låta naturen ha sin gång. Hon berättade att de också utförde eutanasi på avdelningen där hon arbetade, men att hon inte tog del utav det då hon själv skulle få skuldskänslor. Vissa sjuksköterskor rapporterade ångest över fall där patienten dött snart efter att ha administrerats sedering. En sjuksköterska säger: *”Especially when it’s so quick... because quite often you think... that is dreadful, absolutely dreadful, when they go soon after the injection”*. (Raus et al., 2014, s. 6).

### **Att göra gott och att avgöra vad som är gott**

I följande del beskrivs sjuksköterskans vilja att göra gott, men att på samma gång inte veta om det man gör är tillräckligt. Här nämns också vikten av att få hjälpa en person i sitt lidande samt synen på det existentiella lidandet.

Beslut om palliativ sedering kunde tas, erfor sjuksköterskor, utifrån synvinkeln att inte förvärra eller förhindra förväntade svåra symtom, som i sin tur ansågs kunna förlänga

dödsprocessen (Swart et al., 2014). Ibland var det problematiskt att veta när patienten uppvisade motorisk oro, om patienten upplevde ångest, metabola förändringar eller psykiska och existentiella problem. Följdfrågan sjuksköterskorna ställde sig var då huruvida de verkligen kunde veta om sederingen gav patienterna ett ökat välbefinnande eller om de bara inte längre kunde uttrycka sina känslor (Zinn & Moriarty, 2012). Denna problematik nämns också av Nilsson och Tengvall (2013) framförallt i relation till användandet av läkemedlet Midazolam, som inte har någon känd smärtstillande effekt.

En informant beskrev att han själv hade svårt att handskas med palliativ sedering men att han såg att det hade en positiv inverkan på patientens lidande. Att betona fördelarna med palliativ sedering hjälpte ibland vårdgivarna att handskas med sina egna etiska och moraliska funderingar (Raus et al., 2014). En sjuksköterska berättade att hon kände sig privilegierad att få ta del i beslutet som ledde till att minska patientens lidande. Hon svarade självklart, på frågan om detta hjälpte henne att handskas med palliativ sedering som behandlingsmetod. Att känna att man får hjälpa en person i hennes lidande och att få ge den bästa möjliga vård vid livets slutskede var en viktig del i att handskas med den moraliska och emotionella oron (Nilsson & Tengvall, 2013).

Rys et al. (2013) studie visade också att sjuksköterskor inte alltid uppfattade hypotesen, att palliativ sedering kunde påskynda dödsprocessen, som negativ. Undermedvetet administrerades större doser läkemedel med en undermedveten önskan om att påskynda döendet. Denna instinktiva önskan om att göra gott belyses i citatet nedan.

*"Hanna, head nurse: " I think that when you're at the very end, that you're more inclined to say 'Ok, I'll be a little quicker on the draw'. That's what I think, that I would administer more sedatives. "*

*Sam, researcher: "Do I understand you well? That you are saying- when it's really almost the end- if we give something more now, it will be over faster? Is that acceptable?"*

*Hanna, head nurse: "It's not really about speeding things up, but..."*

*Bauke, head nurse: "Yeah but still, it comes down to the same thing 'The sooner that their suffering ends...' In the end that's the same thing." Rys et al. (2013, s. 109)*

Rietjens et al. (2007) kunde urskilja ovanstående ståndpunkter även bland sina informanter. Det fanns dock de som tyckte att palliativ sedering inte kunde anses påskynda döendet, då döden i sig betraktades oundviklig för dessa patienter. En tredje kategori betonade att det rådde en smal linje mellan palliativ sedering och eutanasi vilket gjorde dem obekväma i sitt arbete. Framförallt grundades denna osäkerhet i att eutanasi var olagligt i andra länder. Sjuksköterskorna ansåg även att palliativ sedering kunde påskynda dödsprocessen men ingen brukade ingen detta argument emot användandet av palliativ sedering. Det troddes kunna bero på att sjuksköterskorna i själva verket inte riktigt visste om den palliativa sederingen i sig påskyndade döden. Tvetydigheten gällande djup/kontinuerlig palliativ sedering bland vårdgivare i Indien gjorde att det fanns risk för att metoden avfärdades som behandling för icke behandlingsbara symtom, hävdar författarna (Gielen et al., 2011).

Att palliativ sedering inte är det första behandlingsalternativet för symtomlindring vid livets slutskede illustreras av Swart et al. (2014). Där beskrev sjuksköterskan patientens tydliga fysiska och psykiska smärta som inte lättar med behandling och hur sjuksköterskan då i samråd med patient och ansvarig läkare höjde den sederande dosen. Flertalet sjuksköterskor var också överrens om att mediciner ges till att de uppnått effekt men betraktade det ändå som

modigt att fortsätta administrera och öka sederingen, speciellt när patienten fortfarande visade tecken på oro (Zinn & Moriarty, 2012).

Det rådde oenighet bland sjuksköterskor i huruvida palliativ sedering var en acceptabel behandlingsmetod vid existentiellt lidande. Vissa hävdade att allt lidande var subjektivt och att man som sjuksköterska inte kunde bedöma en annan människas smärta, vare sig den var fysisk eller psykisk. Däremot ålåg det i sjuksköterskans arbete att lindra lidande, oavsett art. En sjuksköterska uttryckte just att lidande är lidande oavsett och att personalen inte kan göra den distinktionen. En annan förklarade att fysiskt lidande har en mental och existentiell påverkan, men att hon inte kunde se sig själv sedera en patient endast för att denne är deprimerad. De såg det som etiskt oförsvarbart att utsätta en patient för palliativ sedering på grund av depression. De viktigaste faktorerna för sjuksköterskor för att besluta om palliativ sedering var icke behandlingsbara symtom och omfattande icke fysiska symtom som ändå sågs som ett lidande (Patel et al., 2012).

### **Att vara rättvis och dela på ansvaret**

Att vara rättvis innebär också att dela mödor och fördelar. I den sista delen beskrivs hur otydliga budskap försvårar fördelningen av ansvaret och hur stöd eller frånvaro utav stöd, från andra professioner, påverkar personalen. Här redogörs också för vikten av erfarenhet, färdigheter och kunskap för att kunna dela ansvar.

De flesta sjuksköterskor beskrev hur palliativ sedering oftast inte diskuterades med patienterna, då det betraktades som tabubelagt. De använde istället uttryck som ”vi kan hjälpa dig att sova”. Det fanns en rädsla av att bli missförstådd både inom teamet som utanför. Detta blev problematiskt då sjuksköterskorna ändå ansåg att ämnet borde diskuteras med patienterna (Nilsson & Tengvall, 2013). Det tycktes också svårt att ha samtal kring palliativ sedering relaterat till de svåra frågor de kunde få svara på och då de ibland inte heller hade några svar. Detta samtidigt som sjuksköterskorna på olika sätt talade om hur man behövde involvera andra medlemmar i teamet i sederingsprocessen, som kuratorer och pastorer. Framförallt när patientens oro inte var relaterad till någon fysisk orsak utan betraktades som existentiell. Sjuksköterskorna menade här att palliativ sedering kunde lindra både patientens lidande såväl som närståendes. Det ansågs väldigt viktigt att närståendes sista tid tillsammans med patienten var bra (Zinn & Moriarty, 2012).

Samtliga sjuksköterskor i Zinn och Moriartys (2012) studie beskrev att de kände sig stärkta om det fanns en respektfull dialog med berörda läkare. De uppskattade det erkännande de ansåg sig få genom att läkarna lyssnade på den personal som befann sig närmast patienten. Detta gav sjuksköterskorna ett större självförtroende. Denna goda relation var speciellt viktig i de fall sjuksköterskorna upplevde att den palliativa sederingen kanske inte lindrade patienten fullt ut. Här var också teamarbetet extra viktigt (Zinn och Moriarty, 2012).

Enligt sjuksköterskorna krävdes det speciella färdigheter för att administrera palliativ sedering vilket inkluderade såväl teamarbete som kommunikation med annan sjukvårdspersonal, patient samt familj. De ansåg att det fordrades en speciell förmåga för att kunna bedöma symtom, samt att inse vilken information familjen kunde komma att behöva för att känna sig trygga med sjuksköterskans arbete. Ett genomgående diskuterat ämne var utbildning. Sjuksköterskorna ansåg att det var otroligt viktigt att utbilda både vårdpersonal, patienter och deras familjer om hur patientens behandling kunde komma att se ut. Patienterna behövde veta att palliativ sedering fanns och att det ofta var den sista utvägen och familjen behövde informeras om vad palliativ sedering innebar och dess stadier. Framför allt ansåg flera

sjuksköterskor att de inte fick någon formell utbildning, i sin grundutbildning, om vad palliativ sedering var. Informanterna beskrev hur de i sin utbildning endast fick någon enstaka föreläsning kring vård vid livets slutskede, varav inget av det berört palliativ sedering. Sjuksköterskorna funderade över hur de skulle kunna utföra något de inte blivit utbildade i. En sjuksköterska ställde själv frågan om hur de skulle kunna förklara något för patienterna som de själva inte förstod. Detta ansågs särskilt svårt för sjuksköterskor med kort yrkeserfarenhet, vilka också var de som kämpade mest med att särskilja eutanasi och uppgav att de spenderat mycket tid med att reflektera över detta. Sjuksköterskorna ansåg att även läkare behövde vidare utbildning om palliativ sedering, då de upplevde att läkare kunde ordinera läkemedel utan att fullt ut kunna bedöma patientens symtom (Patel et al., 2012 & Rietjens et al., 2007).

## **DISKUSSION**

I denna del diskuteras val av metod samt resultat utav litteraturstudien. Resultatdiskussionen utgår ifrån Beauchamps och Childress fyra etiska principer.

### **Metoddiskussion**

Det föreligger kritik mot Beauchamp och Childress fyra etiska principer, även om de har ett omfattat, etablerat bruk. Bland annat ligger kritiken i att även om sättet att påträffa etiska frågeställningar är effektivt, så ger principerna inga konkreta lösningar på dem vilket kan göra det svårare att göra komplexa analyser. Om det skulle uppstå en inbördes konflikt mellan principerna så finns det inga regler för hur en eventuell inbördes prioritering bör göras (Sandman & Kjellström, 2013). Trots kritiken anses modellen ändå acceptabel i uppsatsen. Detta då uppsatsens syfte inte är att ställa olika etiska problem emot varandra för inbördes värdering. Syftet är att systematiskt redovisa för sjuksköterskans erfarenheter i samband med palliativ sedering. Eftersom uppsatsen menar att granska sjuksköterskans erfarenheter i samband med palliativ sedering inom omvårdnad vill förtydligas att Beauchamps och Childress princip om autonomi tillämpas på sjuksköterskans roll, ej patientens.

Det har under arbetets gång varit problematiskt att diskutera rättvisepincipen utifrån uppfattningen att alla människor är lika mycket värda och har samma människovärde. Ett antagande är att denna del av principen är underförstådd i det granskade materialet och det är just synen på människan och dess lika värde som synliggör de andra etiska principerna. Rättvisepincipen innefattar dock även fördelning av mödor och resurser varför denna del av principen snarare utgör fokus för diskussion och problematisering av det granskade materialet.

Valet av databaser grundar sig i uppsatsens syfte och databaserna har därför sin grund i medicin och omvårdnad. Uppsatsförfattarna är medvetna om att valet av databaser kan ha påverkat uppsatsens resultat samt artikelval. Flertalet artiklar var dock återkommande i flera databaser och därför är endast två databaser representerade i denna uppsats. Sökningar gjordes dock även i PubMed och Cinhal. Författarna är medvetna om att ämnet är förhållandevis litet studerat men emellertid är flertalet av de valda artiklarna publicerade de senaste tre åren. Detta väljer författarna att tolka som att ämnet aktualiseras och således lämpar sig för en litteraturstudie inom ramen för kandidatuppsatsen. Det noterades också att många av studierna som publicerats de senaste åren varit kvalitativa artiklar varför beslutet togs att göra en

metasyntes. Detta för att kunna fånga upp sjuksköterskornas enskilda erfarenheter, som annars hade kunnat gå förlorade.

Författarna är medvetna om att exkludering av artiklar, efter att endast ha studerat titel och abstrakt, kan ha påverkat resultatet, då de exkluderade artiklarna trots allt hade kunnat innehålla för uppsatsen relevant information.

En artikel (Seymour, Janssens & Broeckaert, 2007) som från början valdes ut som underlag för uppsatsen föll inom uppsatsens inklusionskriterier men efter noggrann granskning valdes den bort. Detta då den inte hade ett gott beskrivet urvalsförfarande, resultat eller var etiskt granskad. Otydligheten i artikelns resultat gjorde också att bedömningen kring vilken yrkeskategori som yttrat sig i vilka frågor inte gick att utläsa. Bristen på distinktion kom därför i strid med uppsatsens syfte.

Sex av de granskade artiklarna har ett fullständigt etiskt godkännande. Studien av Gielen et al. (2011) har fått etiskt godkännande för sin studie av två av de fyra deltagande institutioner där en etisk kommitté har funnits. Författarna bedömer ändå detta som godtagbart för uppsatsen. Swart et al. (2014) är granskad enligt tysk lag och har därför inget etiskt godkännande men deltagarna i studien har ändå gett sitt godkännande och personerna hanteras anonymt. Författarna tar också hänsyn till kulturella skillnader studierna emellan då informanterna verkar inom respektive lands gällande lagar och kultur.

## **Resultatdiskussion**

Diskussionen utgår ifrån Beauchamps och Childress fyra etiska principer. Syftet är inte att rangordna principerna utan att synliggöra om samtliga återfinns bland sjuksköterskornas erfarenheter. Här redovisar också reflektioner i relation till det granskade materialet.

Uppsatsförfattarna konstaterar att Beauchamps och Childress principer alla går att applicera på någon del av det granskade materialet. Detta visar att det finns mångfacettering i sjuksköterskans erfarenhet av palliativ sedering som är värd att belysa.

Det blir snabbt tydligt efter att ha gått igenom materialet relaterat till rättvisepincipen att många sjuksköterskor upplever det svårt att samtala om palliativ sedering med sina patienter (Nilsson & Tengwall, 2013 & Zinn & Moriarty, 2012). Detta är ett problem som skulle kunna ha direkt inverkan på behandlingen. Även om det slutgiltiga beslutet att initiera palliativ sedering åligger patientansvarig läkare så är det inom sjuksköterskans profession, och därmed ansvar, att på ett korrekt sätt informera och utbilda både patient och anhöriga innan och under behandling. Enheter där palliativ sedering är en möjlig behandlingsmetod bör ha en etablerad konsensus bland personal, oavsett yrkeskategori, kring samtal och information till patient och närstående för att metoden skall vara optimal. Patienter och närstående förtjänar och har laglig rätt till korrekt, evidensbaserad information. Resultatet visar att en god dialog mellan yrkesgrupperna stärker sjuksköterskans självförtroende (Patel et al., 2012 & Rietjens et al., 2007). Ett starkt teamarbete ger också goda förutsättningar till öppenhet och således faller det sig naturligare att dela de svårare momenten i arbetet (Berlin, Carlström & Sandberg, 2009).

Av resultatet framgår också att administrering av sederande läkemedel inte är helt oproblematiskt och att sjuksköterskorna själva anser att metoden kräver speciella kliniska färdigheter. De menar att det finns tydliga brister i sjuksköterskeutbildningen och att det behövs mer utbildning kring vård i livets slutskede och dess behandlingsmetoder (Rys et al., 2013). Uppsatsförfattarna argumenterar därför att det är viktigt att ta dessa signaler på allvar och se över hur utbildningsplaner i sjuksköterskeutbildningen ser ut i relation till komplexa



omvårdnadssituationer. Detta måste ske dels på en övergripande nationell nivå och ställas i relation till EU, vilket blir särskilt viktigt då sjuksköterskor i flertalet länder i Europa numer erhåller en EU-legitimation. Dels måste utbildning ske lokalt, ute på enheterna, vilket är viktigt för att kompetensutvecklingen inte skall avstanna, även om den formella utbildningen är över.

Det är samtidigt essentiellt att det finns utrymme, även under tider med knappa resurser, för reflektion utanför och inom teamet. Det är tydligt att detta är extra viktigt för de nyutexaminerade sjuksköterskorna. En kontinuerlig dialog kan bidra till att normalisera ett tabubelagt ämne, som palliativ sedering betraktas vara. Den kan också bidra till att det blir lättare att samtala kring metoden med patienter och närstående. En tydlig dialog öppnar även ögonen för hur fördelar och mödor är fördelade inom arbetsgruppen. Framförallt öppnar samtal och dialog också för informell utbildning inom teamet, genom att man delar sina tankar och erfarenheter med sina kollegor (Carlström, 2013).

Resultatet skildrar att sjuksköterskan i vissa situationer känner sig splittrad och förlorar sitt mandat som omvårdnadsansvarig för patienten. Detta skildras framförallt i sjuksköterskans relation till läkaren (Patel et al., 2012 & Rietjens et al., 2007). Läkaren kan ta beslut utan att förstå att det skapar ett dilemma för sjuksköterskan, som ibland upplever att hon/han måste frångå sina egna moraliska principer. Läkaren tar ett beslut som sjuksköterskan sedan ansvarar för. Detta kan sjuksköterskan inte påverka. Samtidigt visar resultatet att en god relation mellan professionerna stärker sjuksköterskans ställning som omvårdnadsansvarig och därför är det här också viktigt att arbeta för ett gott teamsamarbete.

Även dosanpassning av sederande läkemedel är en källa för moralisk oro för sjuksköterskan. Det blir i resultatet uppenbart att sjuksköterskans doseringsproblematik bottnar i en önskan att inte skada sin patient (Rys et al., 2013). Uppsatsförfattarna reflekterar kring möjligheter om att få bukt med sjuksköterskans osäkerhet angående sedationsdos. Resultatet antyder att sjuksköterskan i vissa fall själv får anpassa dosen sederande läkemedel och att det är denna frihet som skapar osäkerhet och oro (Rys et al., 2013 & Raus et al., 2014). Framförallt påverkar detta nyutexaminerade sjuksköterskor som har mindre klinisk erfarenhet och mindre erfarenhet i dosbedömning. Därför är det viktigt att det finns rutiner och regler ute i verksamheten. En fast ordination som vid otillräcklig effekt får utvärderas och eventuellt förändras i samråd med läkare kanske kan minska sjuksköterskans dilemma.

Sjuksköterskornas största mål och önskan beskrivs i många studier vara att lindra patientens lidande och man betonade ofta sederingens positiva effekter för att motverka egna etiska och moraliska tvivel (Raus et al., 2014). Huruvida den palliativa sederingen verkligen påskyndar dödsprocessen vet inte sjuksköterskorna, då det råder en diskrepans mellan deltagare i samma studie men också studierna emellan. Det mest påfallande är kanske det längre citatet från Rys et al. (2013) där sjuksköterskorna utifrån sin önskan att göra gott menar att det inte gör något om dödsprocessen påskyndas. Detta kan tolkas som att en påskyndad död är det humana för patienten. Citatet speglar dilemmat många sjuksköterskor beskriver, nämligen att särskilja den palliativa sederingen från eutanasi. Det finns en osäkerhet hos sjuksköterskan vid bedömningen av icke behandlingsbara symtom. Uppsatsförfattarna menar att det här finns en tydlig konflikt vid vad man som sjukvårdspersonal kan göra och vad man bör göra (Birkler, 2011). Vikten av att kunna luta sig tillbaka på vetenskaplig evidens, regler och riktlinjer blir även här tydlig och kan kopplas till ovanstående argumentation för utbildning. Uppsatsförfattarna reflekterar även över om den positiva känslan som sjuksköterskorna beskriver vid en lyckad sedering förstärks ytterligare på grund av de etiska och moraliska

tvivel som finns kring metoden? Att det på något sätt blir extra viktigt att se att metoden faktiskt fungerar?

Vidare går det av resultatet att utläsa att särskiljningen Beck-Friis (2009) gör mellan de till synes synonyma begreppen etik och moral är valid (Patel et al., 2012, Raus et al., 2014 & Rietjens et al., 2007). Det gick i många fall att se att de etiska reflektionerna och erfarenheterna av det moraliska ansvaret varierade beroende på sjuksköterskans yrkeserfarenhet samt tidigare erfarenhet av palliativ sedering. Detta menar uppsatsförfattarna argumenterar för Beck-Friis särskiljning av begreppet. Moraliska kval verkar ha en tendens att ytterligare förstärkas av emotionella band och identifiering med patienten. Det syns också hur sjuksköterskan har utvecklat strategier för avidentifiering för att klara av att arbeta emotionellt och fysiskt nära sederade patienter (Raus et al., 2014). Uppsatsförfattarna kan inte avgöra om denna tendens är positiv eller negativ men anser den samtidigt vara nödvändig. Samtidigt kanske en viss avidentifiering måste behållas för att sjuksköterskan ska kunna bibehålla sin professionalitet i den komplexa omvårdnadssituation som palliativ sedering innebär. En del av problematiken kan möjligtvis härledas till samhällets bristande kunskap kring palliativ sedering. Denna beror delvis på medias framställning av palliativ sedering men samtidigt tror uppsatsförfattarna att det finns en kulturell problematik. I många länder har allmänheten liten eller ingen kunskap alls om palliativ sedering. Ibland kopplas palliativ sedering till eutanasi som i flera länder anses vara ett brott. Uppsatsens resultat visar att det även inom sjukvården råder en stor kunskapsbrist gällande palliativ sedering (Gielen et al., 2011). Frågan uppsatsförfattarna ställer sig är om det verkligen är rimligt att förvänta sig att allmänheten ska ha kunskap om en metod som utövarna inte heller fullt ut definierat?

En genomgående problematik under uppsatsarbetet är att många erfarenheter går att tolka på olika sätt. Inget är svart eller vitt, utan uppsatsförfattarna upplever att de under arbetet hela tiden arbetat efter en gråskala. Många erfarenheter går att applicera på mer än en princip, då mycket problematik och många reflektioner hänger samman. Ett exempel på detta är då sjuksköterskorna oroar sig för att de genom handlingen att administrera den sederande injektionen har tagit bort patientens förmåga att visa tecken på sin oro, men att den ändå kan existera inom patienten (Nilsson & Tengwall, 2013). Uppsatsförfattarna knyter denna problematik till två av Beauchamps och Childress principer nämligen göra-gottprincipen och icke-skadapprincipen. Sjuksköterskan har en oro för att hennes handling (administreringen) skadar patienten, vilket är motsatsen till det bakomliggande syfte hon har med administreringen, vilket är att göra gott.

## **Slutord**

Palliativ sedering är en komplex metod som har en direkt inverkan på kliniskt verksamma sjuksköterskor. Uppsatsförfattarna konstaterar att det är viktigt att framtida forskning fortsätter att belysa sjuksköterskans erfarenheter av palliativ sedering då denna är mångfacetterad. Teamarbete bedöms även i uppsatsen som en god och viktig grund för att underlätta arbetet och de bördor de medför.

## **Klinisk implikation**

Utbildning och samverkan på en internationell, nationell och lokal nivå borde stå i centrum för att öka kunskapen hos sjuksköterskorna. Även tydligare och mer genomgående riktlinjer kan hjälpa sjuksköterskan i hennes arbete.

## **Fortsatt forskning**

Det är viktigt att vidare forskning fortsätter på svåra omvårdnadsområden som existentiellt lidande och icke behandlingsbara symtom för att ge sjuksköterskan en bredare evidensbaserad grund.

## REFERENSER

Referenserna som hör till litteraturstudien markeras med \* (asterisk)

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

Beck- Friis, B. (2009). Teamet- en omstridig del av palliativ vård. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg: Erfarenheter och reflektioner* (s. 25-47). Lund: Studentlitteratur

Berlin, J., Carlström, E., & Sandberg, H. (2009). Varför team? I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg: Erfarenheter och reflektioner* (s. 263-274). Lund: Studentlitteratur

Bertler, Å. (2009). Läkemedelsbehandling vid smärta. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (s. 211-237). Stockholm: Liber.

Birkler, J. (2010). *Filosofi och omvårdnad*. Stockholm: Liber

Birkler, J. (2011). *Etiskt hantverk: att hantera etiska dilemman i klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of pain and symptom management*, 41(3) 604-616.

Carlström, E. (2013). *Förändringsarbete i hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Eckerdal, G. (2008). *Det finns inga hopplösa fall*. Tillgänglig på internet: [www.brackediakoni.se](http://www.brackediakoni.se) (2014-09-22)

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

\*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.

Lindqvist, O., & Rasmusen, B. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. I Edberg, A. & Wijk, H. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Ss. 793-835. Lund: Studentlitteratur

Läkemedelsverket. (2010). *Smärtlindring i livets slutskede – ny rekommendation*. Hämtad 2014-09-17, från [http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation\\_smartlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation_smartlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf)

\*Nilsson, A., & Tengvall, C. (2013). One last opportunity: Swedish nurses' experiences of palliative sedation. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 15(6), E1-E5.

Ottosson, J-O. (2009). Eutanasi eller palliativ vård. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (s. 32-33). 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. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4), 432-437.

\* Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J. A. C., Janssens, R., Bruinsma, 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. doi:10.1186/1472-6939-15-14

Regionala cancercentrum i samverkan. (2012). Nationellt vårdprogram för palliativ vård. Stockholm: Regionalt cancercentrum

\*Rietjens, J. A. C., Hauser, J., van der Heide, A., & Emanuel, L. (2007). Having a difficult time leaving: Experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliative Medicine*, 21(7), 643-649. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216307081186>

\*Rys, S., Deschepper, R., Deliens, L., Mortier, F., & Bilsen, J. (2013). Justifying continuous sedation until death: A focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium. *Geriatric Nursing*, 34(2), 105-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.10.002>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Schildmann, E., & Schildmann, J. (2014). Palliative sedation therapy: a systematic literature review and critical appraisal of available guidance on indication and decision making. *Journal of Palliative Medicine*. 17(5), 601-611. DOI: 10.1089/jpm.2013.0511

Seymour, J. E., Janssens, R., & Broeckaert, B. (2007). Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1679-1691. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.030>

Socialstyrelsen. (2014). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 2014-09-22, från [http://palliativ.se/?page\\_id=24](http://palliativ.se/?page_id=24)

Socialstyrelsen. (2010). *Tydliggörande om palliativ sedering Meddelandeblad 10*. Hämtad 2014-09-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-12-27>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Strang, P., & Beck-Friis, B. (2012) Inledning. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber.

Svenska läkaresällskapet. (2010). *Etiska riktlinjer för palliativ sedering*. Hämtad 2014-09-24, från <http://www.sls.se/PageFiles/225/000012134.pdf>

\*Swart, S. J., van der Heide, A., van Zuylen, L., Perez, R. S. G. M., Zuurmond, W. W. A., van der Maas, P. J., . . . Rietjens, J. A. C. (2014). Continuous palliative sedation: Not only a response to physical suffering. *Journal of Palliative Medicine*, 17(1), 27-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0121>

World Health Organization. (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 2014-09-24, från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

\*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.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1: Litteratursökning

### Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-09-10	palliative AND sedation AND nurse	Published years 2000 to present English	92	9	5	3
2014-09-10	palliative sedation AND ethics	Published years 2000 to present English Article	105	3	2	1

### PsycINFO

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-09-16	palliative sedation AND ethic AND nurse	Peer reviewed	10	4	3	3
2014-09-16	palliative sedation AND nurse	Peer reviewed qualitative study	8	5	4	2

## Bilaga 2: Kvalitetsgranskning

Artikel	Finns det ett tydligt syfte?	Relevant metodik?	Väl beskrivet urvalsförfarande?	Är resultatet tydligt beskrivet?	Etisk granskad?	Totalpoäng
Gielen et al., (2011)	1	1	1	1	1	5
Nilsson & Tengvall (2013)	1	1	1	1	1	5
Patel et al., (2012)	1	1	1	1	1	5
Raus et al., (2014)	1	1	1	1	1	5
Rietjens, Hauser, van der Heide & Emanuel (2007)	1	1	1	1	1	5
Rys, Deschepper, Deliens, Mortier & Bilsen (2013)	1	1	1	1	1	5
Swart et al., (2014)	1	1	1	1	0	4
Zinn & Moriarty (2012)	1	1	1	1	1	5



### Bilaga3: Artikelöversikt

Författare, År, Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalité
Gielen, J., Gupta, H., Rajvanshi, A., Bhatnagar, S., Mishra, S., Chaturvedi, A. K., Van den Branden, S., Broeckeaert, B.  2011, Indien	The Attitudes of Indian Palliative-care Nurses and Physicians to Pain Control and Palliative Sedation	Att granska indiska sjuksköterskors och läkares attityder till smärtkontroll och palliativ sedering.	En kvalitativ studie baserad på intervjuer, efter semistrukturerat formulär, med läkare och sjuksköterskor, enligt metoden GroundedTheory	27	Sjuksköterskorna argumenterade emot djup palliativ sedering då den påverkade patientens dagliga aktiviteter och sociala kontext. Sjuksköterskorna menar att det finns en rädsla för sederande läkemedel, som Morfin i Indien, både inom sjukvården samt allmänheten. Okunskap kring metoden gör att den kan avfärdas.	100 %  Hög. Uppfyller samtliga kriterier i granskning
Nilsson, A., Tengvall, C.  2013, Sverige	One last opportunity: Swedish nurses' experiences of palliative sedation	Att belysa sjuksköterskors erfarenheter av palliativ sedering inom specialiserad palliativ vård	En kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor, enligt Burnards metod	14	Sjuksköterskorna upplever en osäkerhet kring palliativ sedering. De uttrycker en oro kring huruvida patienten lider under sedering, en frustration kring att ibland inte kunna påverka läkares beslut och en känsla utav misslyckande när de inte fullt ut lyckats lindra patientens lidande. Sjuksköterskorna upplever svårigheter när patienter inte längre kan kommunicera verbalt. De vittnar om de etiska dilemman kring att föra samtal med patienter om palliativ sedering samt oron om att gå över gränsen till eutanasi.	100 %  Hög. Uppfyller samtliga kriterier i granskning
Patel, B., Gorawara-Bhat, R., Levine, S., Shega, J. W.  2012, USA	Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: Components for developing policy for nursing professionals	Att redogöra för sjuksköterskors perspektiv och uppfattning gällande kunskap och färdigheter kring administrering av palliativ sedering för att utveckla en sjukhuspolitik som tar upp identifierade problem	En kvalitativ studie baserad på fyra fokusgrupper med sjuksköterskor inom olika områden, enligt metoden Grounded Theory	31	Sjuksköterskorna uppgav 5 områden som viktiga för att överväga och genomföra palliativ sedering. 1. Förmågan att definiera palliativ sedering. 2. Faktorer som avgör lämplighet för palliativ sedering. 3. Fodrade färdigheter för administrering av palliativ sedering. 4. Policy och riktlinjer för	100 %  Hög. Uppfyller samtliga kriterier i granskning

					genomförande. 5. Utbildning om palliativ sedering och vård vid livets slut.	
Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J. A. C., Janssens, R., Bruinsma, S., Mortier, F., Payne, S., Sterckx, S. 2014, Belgien	Continuous sedation until death: The everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium	Att öka förståelsen om hur personal och anhöriga som vårdar handskas med oro och ångslan	En kvalitativ studie baserad på intervjuer med läkare, sjuksköterskor och anhöriga till avlidna patienter, i Storbritannien, Nederländerna och Belgien, enligt metoden Grounded Theory	164	Informanternas svar kopplas till olika dimensioner av närhet där det kunde urskiljas fyra typer; känslomässiga, fysiska, beslut och kausala. Studien visar att olika faktorer påverkar graden av närhet till palliativ sedering och således utsträckningen av det moraliska ansvaret som vårdare känner. Resultatet visar att vissa av dessa faktorer hjälper de som vårdar att skilja palliativ sedering från dödshjälp.	100 % Hög. Uppfyller samtliga kriterier i granskning
Rietjens, J. A. C., Hauser, J., van der Heide, A., Emanuel, L. 2007, Nederländerna	Having a difficult time leaving: Experiences and attitudes of nurses with palliative sedation	Att undersöka sjuksköterskans attityder och upplevelser av palliativ sedering	En kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor. Intervjuer skrevs om, kodades och analyserades med hjälp av en konstant jämförande analys	16	Sjuksköterskorna upplevde att palliativ sedering främst användes för att minska fysiskt lidande. Då metoden användes för icke behandlingsbara symtom upplevde sjuksköterskorna det problematiskt, då de inte visste om metoden påskyndade dödsprocessen eller inte. En tredje grupp ansåg att palliativ sedering var mycket likt eutanasi.	100 % Hög. Uppfyller samtliga kriterier i granskning
Rys, S., Deschepper, R., Deliens, L., Mortier, F., Bilsen, J. 2013, Belgien	Justifying continuous sedation until death: A focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium	Att utforska och beskriva under vilka förhållanden sjukvårdspersonal finner kontinuerlig palliativ sedering acceptabel.	En kvalitativ studie baserad på sex fokusgrupper med sjuksköterskor, läkare och undersköterskor. Studiens analys grundade sig en öppen kodningsmetod	48	Sjuksköterskorna upplevde att de blev påverkade av patientens närstående under behandling, samt problematik kring att få patientens medgivande vid demenssjukdom. Dosuppskattning av sederande läkemedel upplevdes svårt. Större doser läkemedel kunde ges undermedvetet för att påskynda	100 % Hög. Uppfyller samtliga kriterier i granskning

					döendet.	
Swart, S. J., van der Heide, A., van Zuylen, L., Perez, R. S. G. M., Zuurmond, W. W. A., van der Maas, P. J., van Delden, J. J. M., Rietjens, J. A. C.  2014, Nederländerna	Continuous Palliative Sedation: Not Only a Response to Physical Suffering	Att undersöka vilka skäl och indikationer för kontinuerlig palliativ sedering och vad som påverkar dessa	En kvalitativ intervjustudie med läkare och sjuksköterskor, enligt den konstant komparativa metoden	90	Sjuksköterskorna menade att patientens, och närståendes åsikter kring eventuell behandling också beaktades för att inte förvärra eller förhindra förväntade svåra symtom, som ansågs kunna förlänga döendet.	80 %  Hög. Uppfyller flertalet av kriterierna i vald granskningsmall
Zinn, C., Moriarty, D.  2012, USA	Nurses' Perceptions of Palliative Sedation in a Scottish Hospice: An Exploratory Study	Att, på hospice, utforska sjuksköterskors kunskaper, uppfattningar och erfarenheter gällande palliativ sedering	En kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor, enligt Burnards metod	5	Sjuksköterskorna ansåg att palliativ sedering var något bra när alla andra åtgärder misslyckats. De förmedlade vikten av reflektion och teamarbete vilket också möjliggjorde hanterbarhet. Samtliga sjuksköterskor var överens om att målet var att bistå med ett värdigt avslut på livet.	100 %  Hög. Uppfyller samtliga kriterier i granskning