



Beslut om övergången från kurativ till palliativ vård

Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter

Lina Ekström
Frida Hansson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Omvårdnad 61-90 hp
Ht 2009

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



Decision about transition from curative to palliative care

Nurses' experiences

Lina Ekström
Frida Hansson

Nursing programme 180 ECTS
Nursing Care 61-90 ECTS
Autumn 2009

School of Social and Health Sciences
Halmstad University
P.O. Box 823,
SE-301 18 Halmstad, Sweden

Titel	Beslut om övergången från kurativ till palliativ vård- Sjuksköterskor upplevelser och erfarenheter
Författare	Lina Ekström, Frida Hansson
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle Högskolan i Halmstad, Box 823 301 18 Halmstad
Handledare	Inger Jansson, Universitetsadjunkt, leg. Sjuksköterska.
Examinator	Inger Flemme, Universitetslektor, medicine doktor.
Tid	Höstterminen 2009
Sidantal	23
Nyckelord	Kurativ, palliativ, sjuksköterska, upplevelser och övergång.
Sammanfattning	Nu för tiden finns det livsuppehållande behandling som kan förlänga patienters liv. Detta kan göra det svårt för sjukvårdspersonalen att sätta gränsen för när övergången från kurativ till palliativ vård ska utföras. Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter när beslut ska fattas om patienters övergång från kurativ till palliativ vård inom slutenvården. Studien genomfördes som en litteraturstudie där 15 vetenskapliga artiklar granskades och analyserades. I resultatet framkom det fyra huvudkategorier: <i>delaktighet, tidpunkt, utbildning/erfarenhet och emotionella reaktioner.</i> Då sjuksköterskor spenderade mycket tid med patienter och hade en holistisk syn ansåg många att deras åsikt inte blev respekterad av läkarna när det kom till att vara delaktig i beslut gällande övergången från kurativ till palliativ vård. Tidpunkten hade betydelse för när beslutet fattades samt även när den kurativa behandlingen avslutades. Det fanns en skillnad mellan sjuksköterskor beroende på hur lång erfarenhet de hade och hur säkra de kände sig i sitt arbete. Sjuksköterskor upplevde att det var jobbigt när det inte fanns klara direktiv på hur den fortsatta behandlingen skulle fortlöpa. För att sjuksköterskor skulle känna sig säkrare borde mer och bättre utbildning införas för samtliga professioner inom hälso- och sjukvården samt mer forskning på patienters upplevelser av situationen.

Title	Decision about transition from curative to palliative care – Nurses' experiences
Author	Lina Ekström, Frida Hansson
Department	School of Social and Health Sciences Halmstad University P.O. Box 823, SE-301 18 Halmstad, Sweden
Supervisor	Inger Jansson, lecturer, RN
Examiner	Inger Flemme, senior lecturer, Phd
Period	Autumn term 2009
Pages	23
Key words	Curative, experience, nurse, palliative and transition.
Abstract	<p>Nowadays, there are life-sustaining treatment that can prolong patients' lives. This may make it difficult for medical personnel to set the limit for when the transition from curative to palliative care should be performed in institutional care. The purpose of the study was to describe the nurses' experiences when a decision would be taken on when the patient went from curative to palliative care. In this study fifteen scientific articles were reviewed and analyzed. Four headlines emerged from the result: <i>involvement, point in time, education/experience and feelings</i>. One thing nurses had in common was that they thought that their opinion did not matter for the doctors about the transition from curative to palliative care, even though they spent more time with the patient and had a holistic point of view on the situation. The point in time was important in regards to when the decision was made and when the curative treatment was brought to an end. One difference between nurses was their experience and how secure they felt within their occupation. The nurses felt that it was difficult when there were not straight directives on how the treatment should be carried out. To be more secure in their jobs as nurses, there should be a higher level of education introduced throughout all of the health and medical care fields and there should be more research done about the patient's experiences in their situation.</p>

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Innebörden av kurativ respektive palliativ vård	2
Livsuppehållande behandling	3
Etiska riktlinjer	4
Att fatta beslut	5
Sjuksköterskors roll	6
Syfte	7
Metod	7
Datainsamling	7
Databearbetning	9
Resultat	9
Delaktighet	9
Sjuksköterskors delaktighet	9
Patienters delaktighet	11
Närståendes delaktighet	11
Tidpunkt	12
Utbildning/erfarenhet	13
Emotionella reaktioner	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Delaktighet	17
Sjuksköterskors delaktighet	17
Patienters delaktighet	17
Närståendes delaktighet	18
Tidpunkt	19
Utbildning/erfarenhet	20
Emotionella reaktioner	20
Konklusion	21
Implikation	21
Referenser	

Bilagor

Bilaga I Sökhistoria

Bilaga II Artikelöversikt

Inledning

När patienter kommer till sjukhus ställs en diagnos och syftet med behandling blir att befria från sjukdom. Om det inte längre är möjligt att bota övergår behandlingen ofta från kurativ till palliativ vård. Detta är en svår omställning inte bara för närstående och patienter utan även för sjukvårdspersonalen som kan känna sig misslyckade (Glimelius, 2005).

Sjukvården kan i dag hjälpa patienter med att upprätthålla kroppsliga funktioner. Att använda sig av kurativ behandling när det kommer till sjukdomar som kan botas är det ingen som ifrågasätter. Dock är det inte klart hur kurativ behandling ska utföras på sjukdomar som inte går att bota. Den kurativa behandlingen kan göra att sjukvården upprätthåller livet hos patienter under en tid, men fördelarna är inte alltid större än det lidandet behandlingen skapar (Anderson, Hunt, Chaiti, & Arnold, 2007).

Övergången från kurativ till palliativ vård blir allt viktigare att diskutera eftersom vården av patienter blir allt mer utdragen. Tekniken har gått så långt att sjukvårdspersonalen under en tid kan upprätthålla livet på patienter där det inte finns något hopp om tillfrisknad vilket kan leda till en utdragen och plågsam död (Hunter, Dean & Gowan, 2006). Att ta beslut om övergången från kurativ till palliativ vård kan vara svårt när sjukvårdspersonalen är osäker på hur patienternas prognos ser ut. Sjuksköterskorna är de som finns närmast patienterna och därför är det dem som bäst ser när sjukdomsbilden förändras. Dessa förändringar ska rapporteras till läkarna, som därefter tar beslut om vad som ska ske för patienterna. Dock är sjuksköterskor sällan med när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård fattas (Nava, 2004). Det ska aldrig lämnas till patienter och deras närstående att avgöra svåra beslut, men sjukvårdspersonalen ska lyssna på deras uppfattning (Kaasa, 2001).

Bakgrund

”Stundom bota, ofta lindra, alltid trösta” (Kaasa, 2001, s. 11).

Idag lever människor längre än förr i tiden och kan vara friska vid hög ålder. Trots detta ska vi alla dö förr eller senare, vilket kan bero på bland annat ålder eller sjukdom (SOU 2001:6). Att lida av en svår sjukdom innebär generellt att människor hamnar i en kris och en rad hot drabbar dem både psykologiskt, biologiskt, socialt och existentiellt (Hyttén, 2001). Själens har länge betraktats höra ihop med livet. Då själ och liv samverkar med varandra kan människor tänka och utföra handlingar. När själen lämnar kroppen slutar livet. Över århundraden har människor sett på kroppen, livet och själen på olika sätt. Vissa synsätt har funnits och utövats längre än andra (SOU 2001:6, s17). Nu för tiden är målet för god omvårdnad att se till patienter som en enhet mellan kropp, själ och ande. Då patienter får vård ska de känna sig delaktiga, trygga och respekterade (Svensk sjuksköterskeförening, 2009a).

Tidigare i Sverige ansågs det kontroversiellt att avsluta livsuppehållande behandling både etiskt och juridiskt (Lynøe, 2009). Livsuppehållande behandlingar avslutades inte även fast de inte kunde ge döende patienter ett längre liv eller bättre livskvalitet (Eckerdal, Engström, Lynøe, Löfmark, & Sallin, 2007). Livskvalitet är en subjektiv upplevelse på hur den egna personen uppfattar sin livssituation i relation till kultur, värdesystem, förväntningar, normer, intressen och i förhållande till egna mål (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2006). Under de senaste 15 åren har dock etiska övervägandena som baserades på fakta och värderingar

ändrats. Riktlinjer från både Svenska läkaresällskapet delegation för medicinsk etik och Socialstyrelsen har under 1990-talet specificerat under vilka händelser som livsuppehållande behandling kan avbrytas (Eckerdal, et al., 2007).

Innebörden av kurativ respektive palliativ vård

Enligt Socialstyrelsen (*SOU 2000:6*) är det svårt att observera när patienter är döende. Dock finns det vissa kännetecken som kan underlätta att fastställa när patienter befinner sig i livets slut. Dessa är att: det finns en korrekt ställd diagnos, att det inte finns behandlingsalternativ som kan bota eller förbättra patienters tillstånd, samt att döden förväntas ske inom en snar framtid (ibid).

Skillnaden på kurativ och palliativ vård är att kurativ vård strävar efter att bota, medan palliativ vård innebär att: lindra symtom, upprätthålla god livskvalitet och att vården inte längre strävar efter att bota (Glimelius, 2005). Kvaliteten på vården ska inte försämrats trots att den kurativa behandlingen övergår till palliativ vård (Hunter, et al., 2006).

I en studie av Hunter, et al. (2006) visade det sig att sjuksköterskor upplevde det svårt att beskriva vad palliativ vård innebar. De menade att det fanns en tidig och en sen fas i det palliativa skedet samt att de fann det komplicerat att ibland veta om vätska, antibiotika och kemoterapi skulle kallas för palliativ vård. Palliativ vård kunde upplevas på olika sätt beroende på vilka sjukdomar patienterna hade som sjuksköterskorna skulle vårda och behandla (ibid).

Enligt World Health Organization [WHO] (n.d) är definitionen av palliativ vård att den ska ges till patienter som har en sjukdom som förväntas förkorta livet, och att insatser ska sätta in för att förbättra livskvaliteten för både patienter och närstående. Detta utförs genom att tidigt identifiera sjukdom och utföra en bedömning som ska underlätta, förebygga och mildra lidande samt även behandla smärta och andra fysiska, psykosociala samt andliga problem.

Begreppet palliativ vård innebär att:

- lindra smärta och andra plågsamma besvär.
- se döendet som en normal process.
- döden ska inte påskyndas eller skjutas upp.
- patienters vård ska även innefatta psykosociala och andliga aspekter.
- erbjuda stöd för patienter så att de kan leva ett så aktivt liv som möjligt fram tills att de dör.
- erbjuda stöd för närstående att hantera patienters sjukdom och eventuella bortgång.
- det borde finnas ett team som tar hand om patienter och närståendes behov samt att det finns möjlighet till stödsamtal.
- öka livskvaliteten.

- det behöver finnas en förståelse för behandlingar, som kemoterapi och strålning, när dessa sätts in tidigt i det palliativa skedet och kunna hantera komplikationer vid användning av behandling som förväntas förlänga livet (WHO, n.d).

Livsuppehållande behandling

Socialstyrelsen har utgivit allmänna råd om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede (Socialstyrelsen, 1992). Här beskrivs livsuppehållande behandling vara vård av de vitala funktionerna, såsom andning, cirkulation, närings- och vätsketillförsel, som patienter inte kan upprätthålla spontant. Inom sjukvården finns det åtgärder som används i livets slut som är livsuppehållande. Det är inte enbart medicinska tekniska behandlingar, såsom respiratorer, pacemakerbehandling, dialys och assisterande cirkulation, som används på intensivvårdsavdelningar, utan även behandlingar som tillförsel av blod och blodprodukter, parenteral nutrition, tillförsel av kristalloida lösningar samt tillförsel av näring via sond eller fistel ses som livsuppehållande åtgärder. Detta gäller även läkemedel som diuretika, cytostatika, antibiotika och vasoaktiva läkemedel. Målet med livsuppehållande behandling är att patienter ska bli tillräckligt bra för att själva kunna klara av att upprätthålla dessa funktioner utan hjälp från omgivningen (ibid).

Vid vissa tillstånd sker ingen permanent förbättring och då kan sjukvårdspersonalen konstatera att patienterna befinner sig i livets slut. När detta sker måste en diskussion lyftas om att fortsätta eller att avsluta livsuppehållande behandling. Läkare kan i de situationerna där det från början är uppenbart att den tänkta behandlingen inte kommer att ha någon effekt, välja att inte påbörja behandlingen. Även när behandlingen är genomförbar, verkningsfull och kan ha viss förlängande effekt ska det vägas mot risker såsom svåra smärtor, lidande och andra komplikationer som istället kan göra att patienternas liv förkortas. Sådana situationer uppstår varje dag inom hälso- och sjukvården. När en behandling ska genomföras ska det alltid övervägas att nyttan är större än skadan som den kan frambringa (Socialstyrelsen, 1992).

Enligt British Medical Association (2001) ska beslut om övergången från kurativ till palliativ vård övervägas till patienters fördel och inte förlänga lidandet. Det som ska övervägas är om patienter är medvetna om sin omgivning, kan samspela med andra, känna behag att existera samt känna mening och utföra något som är av betydelse för individen (ibid). Det som kan avgöra i första hand om en kurativ behandling är värd att genomföras är patienterna själva (Socialstyrelsen, 1992). Eftersom att det är de som ska genomgå och orka med komplikationerna som kan uppstå. Sjukvårdspersonalen ska alltid efter vetenskap och beprövade erfarenheter försöka bota och behandla sjukdom för att patienter ska kunna återfå hälsa och känna välbefinnande. Av hänsyn till patienters värdighet och integritet ska de i så hög utsträckning som möjligt slippa undersökningar och provtagningar som skapar trötthet. Om patienter försöker avsäga sig exempelvis sondmatning bör de slippa detta eftersom det inte överensstämmer med god vård i livets slut att tvinga någon till något (ibid).

Det medicinska ansvaret ligger hos läkarna om att fatta beslut om livsuppehållande behandling (Socialstyrelsen, 1992). Dock är det önskvärt att läkare tillsammans med vårdpersonalen, som har ansvar för patienterna, har en öppen och informativ diskussion om de aktuella frågorna. I beslutsprocessen måste även patienternas inställning vara vägledande. När det infinner sig tveksamheter om sjukdomstillståndet och dess prognos är det nödvändigt med livsuppehållande åtgärder. Detta blir ännu viktigare om patienter inte är vid medvetande och

inte kan uttrycka sin vilja. Det kan även komma till sådana situationer då närstående och patienter kan behöva tid att förstå beslut som fattats om övergången från kurativ till palliativ vård. Då kan kurativ behandling fortskrida ett tag till utan att ha syftet att bota, för att patienter och närstående ska få tid att vänja sig vid beslutet (ibid).

Etiska riktlinjer

Enligt Socialstyrelsen (1992) finns det etiska riktlinjer som hälso- och sjukvårdspersonalen ska följa (ibid). De olika professionerna har även egna etiska riktlinjer att utgå ifrån (Socialstyrelsen, 2005; Svenska läkaresällskapet, 1991). De etiska riktlinjerna grundar sig bland annat på hälso- och sjukvårdslagens [HSL] (SFS 1982:763) som fastställer att alla har rätt till en vård på lika villkor. Enligt Kristoffersen & Nortvedt (2006) och Socialstyrelsen (2005) grundas vården och sjuksköterskans arbete på en humanistisk människosyn som innebär att människan ses som en unik, värdefull och säregen individ som har möjlighet att utvecklas.

Socialstyrelsen (1992) beskriver fyra etiska principer som ligger till grund för hälso- och sjukvårdens arbete. Dessa är autonomiprincipen, godhetsprincipen, inte skada principen samt rättvisepincipen.

Enligt autonomiprincipen ska varje enskild patient få bestämma självständigt om sitt egna liv och även visa respekt för andras autonomi. Att ge god vård inom hälso- och sjukvården innebär att vård och behandling ska utformas och genomföras tillsammans med patienter samt att deras integritet och självbestämmande ska respekteras (Socialstyrelsen, 2005; Socialstyrelsen, 1992). Föreligger det olika behandlingsalternativ ska patienter få möjlighet att välja den behandling som de föredrar mest (SFS 1982:763). För att patienter ska kunna vara delaktiga i att fatta beslut är det en förutsättning att de får saklig och korrekt information (Socialstyrelsen, 1992). Patienter kan fatta egna beslut trots att de är beroende av sjukvårdspersonalen. Dock finns det situationer där autonomiprincipen får stå tillbaka för andra principer. Detta kan vara situationer där patienter ber läkare att ge behandling som inte utgår ifrån vetenskap och beprövade erfarenheter. Ett exempel är om patienter ber om att få en behandling i syfte att dö är det enligt reglerna inom hälso- och sjukvården förbjudet att utföra detta (ibid).

Enligt godhetsprincipen är det en moralisk skyldighet att vara till nytta för andra samt att försöka hjälpa varandra. Anställda inom sjukvården är skyldiga att vårda och hjälpa patienter som är sjuka. Läkare är skyldiga att ge patienter råd samt behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövade erfarenheter som patienterna kan bli hjälpta av (Socialstyrelsen, 1992).

Enligt inte skada principen ska alla människor se det som en skyldighet att inte skada varandra (Socialstyrelsen, 1992). I sjukvården har detta länge varit en grundregel i all behandling som ges. Dock kan sjukvården ibland räkna med en risk att skapa smärta och lidande hos patienter, om detta uppvägs med den hjälpen och nyttan som infinner sig i slutändan av behandlingen. Avvägningar ska göras om de oönskade bieffekterna som en behandling kan ge väger upp den önskade effekten av en behandling (ibid). Om risken finns att skadan är större än nyttan så görs övervägande om att inte utsätta patienter för detta (Stryhn, 2007).

Enligt rättvisepincipen är det grundläggande inom hälso- och sjukvården att alla patienter respekteras och att de är lika värda. Detta innebär även att vård ska ges till hela befolkningen på lika villkor. Inga patienter får diskrimineras utifrån kön, ålder, funktionsnedsättning, sjukdomens art eller orsaken till den (Socialstyrelsen, 1992). Inom sjukvården kan rättvisepincipen ses som att agera rätt och lagligt samt att fördela lika mellan nytta och risk (Stryhn, 2007).

Läkare ska försöka eftersträva god livskvalitet och inte bara kvantitet hos patienter. För att uppnå detta kan det ibland vara fördelaktigt att övergå från kurativ till palliativ vård (Svenska läkaresällskapet, 1991). Då den kurativa behandlingen inte är till fördel för patienter är det etiskt försvarbart för sjukvården att avsluta behandling även fast det kan innebära att döden infinner sig tidigare än beräknat (Lynøe, 2009).

Den medicinska teknologins utveckling har gjort det möjligt att sätta in livsuppehållande behandling. Det gäller även där prognoser är så dåliga att behandlingar inte är till någon fördel, och där risken finns att respekten försvinner för det mänskliga värdet (Nava, 2004; Svenska läkaresällskapet, 1991). Delegationen för medicinsk etik (Svenska läkaresällskapet, 2000) anser att inom den palliativa vården bör beslut fattas om hjärt- och lungräddning ska påbörjas eller inte. För att beslutet ska ske på ett adekvat sätt bör läkare ta upp det i samtal med patienterna. Samtal ska även utföras med personalen som deltar i patienters vård och då beslutet är fattat ska alla inblandade få reda på det. Beslut om hjärt- och lungräddning är inte slutgiltigt utan ska omprövas kontinuerligt. Den information som ges om behandling och sjukdomstillstånd till patienter ska ges på ett sådant sätt att de förstår informationen. Om patienter är i ett tillstånd där de inte kan ta del av informationen ska den lämnas till närstående (ibid).

Att fatta beslut

Det har visat sig att olika professioner inom sjukvården ser annorlunda på patienters sjukdomsförlopp och grundar sina prognoser på olika händelser. Därför är det viktigt att alla i vårdpersonalen som är delaktiga i patienternas vård diskuterar och samtalar med varandra när beslut ska fattas om övergången från kurativ till palliativ vård och att det finns en adekvat medicinsk bedömning gällande patienterna som ska övergå från kurativ till palliativ vård. Detta kan leda till en säkrare vård för både patienterna, närstående och sjukvårdspersonalen (SOU 2001:6).

Det är av betydelse att sjukvårdspersonalen ger patienter adekvat information när övergången från kurativ till palliativ vård sker (Glimelius, 2005). Dock kan ibland sjukvårdspersonalen hålla inne med sådan information i praktiken. Detta kan bero på att de känner en rädsla för att patienterna ska förlora hoppet om att överleva. Denna rädsla kan även få sjukvårdspersonalen att fortsätta med intensiva kurativa behandlingar när det inte längre finns något mål om att bota. Ofta når dock informationen fram till patienterna ändå, vilket kan leda till att de finner svårigheter att lita på sjukvården. Därför är det viktigt att en adekvat dialog finns från början mellan sjukvårdspersonalen, patienterna och närstående. Rädslan från sjukvårdspersonalen ska inte avgöra hur information och behandling framförs (ibid).

Enligt Lynøe (2009) är det lättare att inte påbörja en behandling än att avsluta en som redan är inledd. Om patienter dör strax efter att övergången från kurativ till palliativ vård har skett kan vårdpersonalen känna att de har påskyndat dödsprocessen, men om övergången aldrig påbörjats kan de känna att naturen haft sin gång (ibid).

Sjuksköterskors roll

Sjuksköterskor fick år 1958 ett självständigt yrkesansvar i sitt arbete och detta gjorde att de för första gången kunde ansöka om legitimation för sin yrkesutövning. Detta på grund av att sjuksköterskeutbildningen uppfyller kriterierna för att kunna uppfylla en profession (Svensk sjuksköterskeförening, 2009b). För att ett yrke skulle benämnas som en profession ska:

- kunskapsområde vila på en vetenskaplig grund,
- den ska ge möjlighet till en legitimation,
- det ska finnas etiska regler att följa,
- arbetet ska kunna utföras autonomt,
- vara högt värderat i samhället
- en nationell organisation ska finnas (Svensk sjuksköterskeförening, 2009b).

Sjuksköterskeyrket utför ett arbete utefter olika områden som beskrivs i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2009b). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskor göra patienter delaktiga i vården och behandling genom att ha en öppen dialog. Det är av betydelse att veta patienters och närståendes upplevelser och vilja för att kunna föra deras talan. Sjuksköterskor ska även kunna undervisa och informera patienter samt utföra det på ett sådant sätt att patienter har förstått den givna informationen. Om det uppkommer förändringar i patienters fysiska och psykiska tillstånd ska sjuksköterskor observera, värdera och dokumentera dessa förändringar. Sjuksköterskor ska tillsammans med andra professioner ges möjlighet till samundervisning för att skapa en så optimal vård som möjligt. De ska även kunna arbeta i ett team runt patienterna (ibid). Då sjuksköterskor bemöter patienter görs bedömningar, och beslut som fattas speglas utifrån etiska regler och professionell etik. Därför bör även sjuksköterskor utveckla ett personligt förhållningssätt till de etiska koderna som är framtagen av international Council of Nurses (ICN) (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Sjuksköterskor har en roll när det kommer till att främja upplevelsen av hopp hos patienter. I situationer där patienter drabbas av något som kan påverka deras liv och hälsa träder hoppet fram. Hur patienter tar situationer när den utsätts för lidande, förlust och osäkerhet beror på hur de upplever hopp. Hopp kan leda till en ökad livskvalitet och även påverka hur sjukdomsförloppet fortgår. Patienter kan ta del av sjuksköterskor närvaro, respekt och hjälp för att kunna ta reda på var hoppet kan finnas (Kristoffersen, & Breienvne, 2006).

Sjuksköterskor finns nära patienter och närstående under lång tid. De möten som uppstår mellan dessa och de omvårdnadsåtgärder som vidtas styrs av om det fattats ett beslut att övergå från kurativ till palliativ vård eller inte. Omvårdnaden påverkas även av på vilka grunder detta beslut fattats och hur berörda informerats. Syftet med detta arbete har därför varit att få förståelse för sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter när beslut ska fattas om övergång från kurativ till palliativ vård.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter när beslut ska fattas om patienters övergång från kurativ till palliativ vård inom slutenvården.

Metod

Föreliggande arbete har genomförts som en litteraturstudie (Friberg, 2006). Detta för att få en översikt om vad det fanns för forskning kring det valda området. När litteraturen skulle bearbetas användes en induktiv metod.

Datainsamling

I litteraturstudien söktes vetenskapliga artiklar i databaserna Pubmed, Cinahl och Science direct. Utifrån syftet valdes sökord ut, som redovisats i tabell 1.

Då litteraturstudiens syfte var att studera en övergång mellan två vårdformer var det svårt att hitta relevanta sökord. Därför prövades olika ord i databaserna. I sökordsöversikten (tabell 1) redovisas enbart de sökord som resulterat i träffar som lett till vetenskapliga artiklar till litteraturstudien. Dessa sökningar redovisas utförligare i sökhistoriken, bilaga I. De flesta sökord i tabell 1 har använts i samtliga databaser. Andra sökord har använts men redovisas inte i tabell 1 eftersom sökningarna antingen resulterade i dubletter eller artiklar som var irrelevanta till syftet.

I databasen Pubmed användes funktionen Mesh för att få fram övergripande sökord som belyste litteraturstudiens syfte. Detta resulterade i en Mesh term som var *decision making*. Resterande sökord var i fritext. För att begränsa antal träffar användes olika inklusionskriterier som var: artiklar med abstrakt och publicerade under åren 2004- 2009. Sökningarna utfördes den 17/11-09, 18/11-09 och 31/11-09. Vid dessa tillfällen uppkom sju vetenskapliga artiklar som senare användes i resultatet.

När artikelsökningar utfördes i databasen Cinahl användes funktionen cinahl headings. Ett exempel är när fritextordet *withdrawal of treatment* användes som sökning bland cinahl headings kom förslaget *euthanasia, passiv*. Förutom *euthanasia, passiv* användes *nurse attitudes* som sökord i cinahl headings. Resterande sökord var i fritext, se tabell 1. För att begränsa sökningen användes följande inklusionskriterier som var: att artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 2004-2009, skrivna på engelska och var vetenskapliga artiklar. Sökningarna gjordes den 17/11-09. Vid detta tillfälle uppkom fyra vetenskapliga artiklar som senare användes i resultatet. Vid senare tillfällen gjordes mer sökningar med andra sökord i Cinahl. Dessa har inte redovisats i tabell 1 och i bilaga I, då det inte gav relevanta artiklar till litteraturstudiens syfte. Artiklarna som valdes bort berörde vård där beslut om övergången från kurativ till palliativ vård redan var fattat och som inte belyste sjukhusvård.

Artiklarna som hade en titel och ett abstrakt som överensstämde med litteraturstudiens syfte valdes till urval 1. Om artiklarnas resultat överensstämde med litteraturstudiens syfte valdes de till urval 2. Då granskningen från urval 2 var gjord, fanns det 11 vetenskapliga artiklar kvar. För att ytterligare försäkras om att en noggrann artikelsökning genomförts utfördes en

ny sökning den 11/12- 09 i databasen Science direct. Här användes enbart fritextsökningar (se tabell 1). Där framkom fyra artiklar som användes i litteraturstudiens resultat.

Slutligen användes 15 vetenskapliga artiklar i litteraturstudiens resultat. För att få fram den vetenskapliga kvaliteten granskades artiklarna utifrån granskningsmall av Carlsson och Eiman (2003). Resultatet av granskningen redovisas i bilaga II. Av artiklarna var sju kvalitativa och åtta kvantitativa. Nio artiklar var utförda på intensivvårdsavdelningar medan resterande sex var utförda på olika vårdavdelningar. Studierna hade utförts i flera olika länder i världen. Från Europa var det en artikel från England, två från Holland, två från Norge och tre från Sverige. Från Asien var det en artikel från Japan. Från Oceanien var det en artikel från Australien och en från Nya Zeeland. Slutligen var det tre artiklar från Nordamerika, där två var från Kanada och en från USA.

Tabell 1. Sökordsöversikt.

Sökord	PubMed	Cinahl	Science direct
Attityder till döden	Attitude to death		
Botande	Curative		Curative
Dödshjälp	Euthanasia		
Från bota till vårda	From cure to palliation		
Ha kvar och ta bort behandling			Withholding and withdrawal of treatment
Palliativ vård	Palliative care, Palliative		Palliative
Sjuksköterska	Nurses, nurse		Nurse
Sjuksköterskor attityder	Nurses attitude, nurses attitudes	Nurse attitudes (Heading)	Nurses attitudes
Sjuksköterskor erfarenheter		Nurses experience	
Ta beslut	Decision making [MAJR]		Decision making
Ta bort behandling	Withdrawal of treatment	Euthanasia, passive (Heading)	Withdrawal of treatment
Viljan att dö	Wishes to die		
Övergång	Transition		Transition

Databearbetning

De 15 artiklarna som valdes ut i urval 2 granskades utifrån en bedömningsmall (Carlsson och Eimar, 2003). Bedömningsmallen hade en tregradig skala för kvalitativa respektive kvantitativa studier. Där grad I gav god kvalitet av vetenskaplighet och grad III gav mindre god kvalitet. Först granskades artiklarna enskilt och sedan i grupp, för att få ut bästa vetenskapliga grund. Vetenskapligheten var värderad att nio artiklar fick grad I och sex artiklar fick grad II, se bilaga II. För att få en överblick över alla artiklarna redovisades de i en artikelöversikt, se bilaga II.

Artiklarnas resultat bearbetades och översattes individuellt. Sedan träffades gruppen och sammanfattade resultatet i artiklarna tillsammans och diskuterade vad som borde vara med utifrån litteraturstudiens syfte. Artiklarnas resultat sammanfattades för att lättare hitta en röd tråd till litteraturstudiens resultat. Resultatet bearbetades till fyra kategorier för att täcka resultatet i artiklarna som framgick utifrån syftet.

Kategorierna blev *delaktighet*, *tidpunkt*, *utbildning/erfarenhet* och *emotionella reaktioner*. Kategorin *delaktighet* delades in i tre underkategorier för att bli mer lättöverskådlig. Dessa var *sjuksköterskors delaktighet*, *patienters delaktighet* och *närståendes delaktighet*.

Resultat

Delaktighet

Sjuksköterskors delaktighet

Sjuksköterskor ansåg att de arbetade med ett holistiskt synsätt och såg patienter utifrån ett patientperspektiv i omvårdnaden (Thompson, McClement, & Daeninck, 2006). Dock menade de att den medicinska modellen var dominerande inom vården där det värderades högt att bota patienter. Det var ofta den här modellen läkare använde sig av när de mötte patienter och deras sjukdom, där de utgick mer efter laboratorieprover, diskuterade med andra läkare och såg mer på objektiva tecken på patienterna. Sjuksköterskor ansåg att läkare hade svårt att erkänna när en behandling var meningslös och jobbig samt att de inte brydde sig om patienters psykosociala del i vården (Halcomb, Daly, Jackson, & Davidson, 2004). Detta ledde till att läkare hade svårt att byta bana när det inte längre gick att bota sjukdom (Hov, Hedelin, & Athlin, 2007a; Thompson, et al., 2006).

Det visade sig i ett flertal studier (Kinoshita, 2007; Löfmark, Nilstun, & Bolmsjö, 2007; Halcomb, et al., 2004) att sjuksköterskor upplevde att deras delaktighet och önskemål gällande patienters vård inte var respekterad. De fick inte vara delaktiga i beslut och bestämma hur patienters behandlingar skulle fortskrida, vilket gjorde att de var missnöjda med hur situationen hanterades (Kinoshita, 2007; Löfmark, et al., 2007; Halcomb, et al., 2004). Sjuksköterskor ville ha större delaktighet i beslut gällande patienters vård, mer än vad läkare ansåg (Löfmark, Nilstun, & Bolmsjö, 2005). Det fanns en bristande kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare om när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård skulle ske (Halcomb, et al., 2004). Sjuksköterskor upplevde att läkare inte respekterade den information som de ville förmedla (Hov, et al., 2007a; Löfmark, et al., 2007). Detta trodde de berodde på hierarkin mellan yrkesgrupperna (Halcomb, et al., 2004). De ansåg att beroende på

hur god relation sjuksköterskor och läkare hade genomsyrade om deras åsikter blev respekterade eller inte (Hov, et al., 2007a). De menade vidare att läkare var odugliga på att leda och ge klara direktiv (Thompson, et al., 2006).

Sjuksköterskor ansåg dock att läkare skulle få fatta besluten, men att de skulle få vara mer delaktig i beslutsprocessen (McMillen, 2008). Detta önskade de för att kunna bli mer medvetna och förstå varför behandling erbjöds till patienterna och för att finna en gemensam förståelse inom sjukvårdspersonalen (Rocker, Cook, O'Callaghan, Pichora, Dodek, et al., 2005). Att inte ha klara mål gällande behandling av patienter gjorde sjuksköterskor osäkra eftersom att de då inte visste vad behandlingens mål skulle gå ut på och leda till. De menade vidare att klarare mål skulle leda till mer acceptans i besluten som fattats, mindre krävande arbete samt mer meningsfullhet i jobbet (Hov, et al., 2007a). Det enda som de ofta fick vara delaktiga i var beslut som rörde läkemedel till patienter som var ämnade att lindra smärta (De Veer, Francke, & Poortviet, 2008).

Däremot visade det sig i ett flertal studier (Latour, Fulbrook, & Albarran, 2009; De Veer, et al., 2008; Löfmark, et al., 2005) motsatsen mot vad som beskrivits ovan. I en av dessa studier (Löfmark, et al., 2005) ansåg sjuksköterskor att de var överens om beslutet med läkare om patienters vård och att de blev informerade om patienternas behandlingar. Dock var ambitionen att det skulle bli ännu bättre. I en studie av De Veer, et al. (2008) menade sjuksköterskor att de hade en aktiv roll när de diskuterade beslut rörande palliativ vård med läkare och att de även hade varit med när beslut om palliativ vård fattades. Det visade sig i en utav studierna (Latour, et al., 2009) att beroende på vilken religion som sjuksköterskorna hade påverkade hur de utförde sitt arbete samt deras åsikter. Sjuksköterskor som var katoliker var oftare delaktiga i vården och i själva beslutfattningsprocessen än de som hade andra religioner (ibid).

Då sjuksköterskor inte fick vara delaktiga i beslut om övergången från kurativ till palliativ vård försökte de istället få läkares uppmärksamhet genom att ge en fingervisning och antydningar om vad de ansåg var en adekvat behandling för patienter (McMillen, 2008). De informerade patienter och läkare om förvärrade symtom för att indikera att omvårdnaden möjligtvis borde övergå till palliativ vård (Thompson, et al., 2006). De använde sig även av olika tillvägagångssätt för att förmedla tecken och reaktioner som patienterna visade på olika behandlingsformer. Detta trodde de förhoppningsvis skulle leda in läkare i deras tankar gällande patienters vård (Hov, et al., 2007a).

Bättre kontinuitet mellan sjuksköterskor och läkare efterfrågades av sjuksköterskor gällande beslutprocessen (Löfmark, et al., 2007). Detta skulle underlätta för de att utföra adekvata bedömningar angående patienters hälsa, vilket ledde till att patienter kände sig mindre stressade (Hov, Hedelin & Athlin, 2007b). Det efterfrågades riktlinjer för att göra beslutprocessen lättare, men patienters vård skulle ändå ses som individuella (Löfmark, et al., 2007). Att sjukvårdspersonalen kom överens, var eniga, delaktiga samt visade en enad front mot patienter var betydelsefullt för att vården skulle bli adekvat (Ågren Bolmsjö, Nilstun, & Löfmark, 2009). Sjuksköterskor menade att när en övergång från kurativ till palliativ vård skulle ske behövde helst sjuksköterskor, läkare, patienter och närstående förstå att det inte längre gick att bota patienter och att prognosen var dålig. Det var svårt att skapa hög kvalitet på vården för den döende patienter då inte alla parter kom överens (Thompson, et al., 2006).

Patienters delaktighet

Sjuksköterskor ansåg att patientfokus i vården var något som skulle prioriteras och även patienters autonomi respekteras när det handlade om livsuppehållande åtgärder (Hov, et al., 2007b; Rocker, et al., 2005). Sjukvårdspersonalen borde möta patienter med öppenhet, respekt, vårda utifrån deras behov och även se de som unika när samtal om övergången från kurativ till palliativ vård togs upp (Hov, et al., 2007b). Patienter och närstående skulle få öppen information om sjukdomstillståndet för att kunna vara delaktiga och ta adekvata beslut angående vården (Hermsen, & ten Have, 2005; Rocker, et al., 2005).

I ett flertal studier (McMillen, 2008; Löfmark, et al., 2007; Ho, et al., 2005) ansåg sjuksköterskor att patienter och sjukvårdspersonal skulle få vara involverade i beslut om övergången från kurativ till palliativ vård (McMillen, 2008; Löfmark, et al., 2007; Ho, et al., 2005). Dock menade de i en annan studie (Löfmark, et al., 2007) att patienter inte behövde vara delaktiga och få information om beslutsfattningen innan personalen hade fattat beslut om att avsluta behandling (Löfmark, et al., 2007). I en tredje studie (Ågren Bolmsjö, et al., 2009) kände de att det var patienters önskningar som skulle leda personalen till att fatta adekvata beslut (Ågren Bolmsjö, et al., 2009). I en fjärde studie (Kinoshita, 2007) visade det sig att patienters önskningar och vilja i praktiken inte var accepterad. Sjuksköterskor upplevde att de inte visste patienters vilja, vilket kunde bero på att patienter hade sänkt medvetande, var intuberad eller var i behov av akutvård (ibid)

När patienter närmade sig döden och diskussionen om beslut om övergången från kurativ till palliativ vård lyftes, skulle för- och nackdelar övervägas (Halcomb, et al., 2004). Det som påverkade om en behandling skulle genomföras berodde på hur balansen var mellan patienters sociala och psykiska kapacitet samt behandlingens möjlighet att genomföras. Behandlingens syfte och konsekvenser skulle klargöras innan behandlingen startade och om det var tekniskt samt medicinskt uppnåeligt. Bedömning av patienters tolerans mot behandlingen och psykosociala aspekter borde utföras innan behandlingen bestämdes (Rocker, et al., 2005). Sjuksköterskor ansåg att prognosen av patienters livskvalitet och förväntningar av att återhämta sig hade betydelse när det skulle beslutas om övergången från kurativ till palliativ vård (Latour, et al., 2009; Rocker, et al., 2005). Beslut borde diskuteras vidare när det inte längre var någon mening att behandla kurativt, då livskvaliteten försämrades och när det inte fanns något hopp om överlevnad (Latour, et al., 2009).

Sjuksköterskor ansåg att patienter skulle vårdas av samma personal som de haft under hela sjukhusvistelsen samt som även kände närstående. De upplevde att patienters religion var av betydelse och skulle accepteras när diskussionen om övergången från kurativ till palliativ vård lyftes (Latour, et al., 2009). För att resultatet skulle definieras som god vård skulle helst patienternas och personalens tankesätt förändras från kurativ till palliativ vård. Det var därför viktigt att alla inblandade förstod att döden skulle infinna sig vad de än gav för behandlingsalternativ (Thompson, et al., 2006).

Närståendes delaktighet

Det var av betydelse att finnas som ett stöd för närstående då samtal om beslut om övergången från kurativ till palliativ vård togs upp och att förbereda närstående för dåliga nyheter. Sjuksköterskor kände en skyldighet att ta reda på närståendes åsikter och viljor angående vården (McMillen, 2008) och skulle tidigt i sjukdomsförloppet respektera och ta

reda på vad närstående stod i frågan om livsuppehållande åtgärder (Rocker, et al., 2005). Det visade sig i en studie (McMillen, 2008) att det var en skyldighet att skydda patienter från oförnuftiga beslut och främja patienters rättigheter. Det var viktigt att låta närstående få vänja sig vid tanken innan den kurativa behandlingen praktiskt avslutades (ibid). Sjuksköterskor belyste vikten av att vara hos närstående, då de kunde behöva hjälp att hantera stressen och situationen (Hov, et al., 2007b).

En värdig död (Halcomb, et al., 2004) var att ta bort onödig medicinsk utrustning runt patienterna samt att inte inge falskt hopp. Det falska hoppet kunde skapa mer lidande för närstående då exempelvis kurativ vård fortsatte trots att de inte fanns någon chans till överlevnad för patienterna. Att hjälpa närstående genom omvårdnadsbeslut påverkade sjuksköterskors förståelse om den fortsatta vården (Halcomb, et al., 2004). Då patienter led eller fick onödig behandling tog även närstående skada på grund av att beslutsprocessen tog längre tid och detta skapade falskt hopp om att patienter kunde förbättras (Thompson, et al., 2006; Halcomb, et al., 2004). Närståendes hopp var kraftigt knuten till den kurativa behandlingen. När sjukvårdspersonalen avslutade den kurativa behandlingen och övergick till palliativ vård försvann hoppet (Thompson, et al., 2006).

Då patienter inte längre var i ett sådant tillstånd att de kunde kommunicera vände sig personalen till närstående om beslut gällande vården (Löfmark, et al., 2007; Thompson, et al., 2006). Närstående fick då vara delaktiga och tala om vad de trodde patienterna hade velat ha ut av vården (Thompson, et al., 2006). Närstående kunde ibland inte förstå hur dåliga patienterna var och ville därför fortsätta med kurativ behandling (Löfmark, et al., 2007). Då var det viktigt att sjukvårdspersonalen öppnade upp för diskussion om vad en lämplig vård borde vara för patienterna (Thompson, et al., 2006).

Enligt Kinoshita (2007) var det närstående som hade en del i besluten rörande patienternas vård och att de ofta bestämde över patienternas vilja om hur behandlingen skulle fortskrida (ibid). Det var bra att närstående var nära patienters vård men det kunde även uppfattas som stressande eftersom närstående kunde ta en roll i vårdandet och ha inverkan i beslut angående omvårdnaden (Halcomb, et al., 2004). Sjuksköterskor menade att närstående skulle få ta del i beslut rörande palliativ vård (Ho, et al., 2005).

Tidpunkt

Det visade sig i ett flertal studier (McMillen, 2008; Löfmark, et al., 2007; Ho, et al., 2005) att det behövdes erfarenhet och att finna rätt timing för att kunna vara med i beslut om övergången från kurativ till palliativ vård (ibid). Enligt sjuksköterskor var det av betydelse att hitta ett passande tillfälle när beslutet om övergången från kurativ till palliativ vård togs för att det inte skulle fattas för tidigt eller för sent i patienters sjukdomsprocess (Ågren Bolmsjö, et al., 2009).

I två studier (Latour, et al., 2009; Ågren Bolmsjö, et al., 2009) ansåg sjuksköterskor att beslutet fattades för sent, vilket ställdes i jämförelse med en annan studie (Rocker, et al., 2005) där de var nöjda med tidpunkten gällande beslut om övergången från kurativ till palliativ vård. Dock ville de ha tydligare riktlinjer på hur beslutet skulle gå till för att kunna förbättra timingen ännu mer (Rocker, et al., 2005). Övergången från kurativ till palliativ vård skedde snabbare och lättare då patienter hade varit med om något svårt trauma och där det inte fanns något annat alternativ än att ge palliativ vård (Thompson, et al., 2006). De menade

att sjuksköterskors religion inte påverkade beslut i livet slutskede. Dock visade det sig skillnader gällande handlingssätt och sättet att ge behandling. Sjuksköterskor som var protestanter ansåg oftare än de med andra religioner att beslutet fattades för sent om att genomföra övergången från kurativ till palliativ vård (Latour, et al., 2009).

Att sätta upp mål om patienters kommande behandling och vård innan de var medvetslösa och inte kunde göra sin vilja hörd var viktigt för alla i patienternas närhet (Hov, et al., 2007b). Dock visade det sig i en annan studie (Hov, et al., 2007a) att patienter ofta inte var inblandade i beslut gällande övergången från kurativ till palliativ vård då de ofta redan var medvetslösa eller psykiskt och fysiskt utmattade (Hov, et al., 2007a).

Det fanns ett antal barriärer som sjuksköterskor upplevde påfrestande och som försvårade beslut att utföra övergången från kurativ till palliativ vård. En svår barriär visade sig vara att veta hur prognosen av sjukdomsförloppet skulle arta sig för patienter, eftersom alla var unika och reagerade olika på olika behandlingar. Detta ledde ofta till att diskussionen om övergången från kurativ till palliativ vård påbörjades senare än vad den borde (Thompson, et al., 2006).

Sjuksköterskor menade att övergången från kurativ till palliativ vård skulle ske tidigare än vad läkare ansåg (Latour, et al., 2009). När de fann att läkare inte gjorde övergången i tid skapade det konsekvenser för sjuksköterskorna. De kände att läkare beslutade om en vård som de inte ansåg var lämplig för patienter, vilket i sin tur kunde leda till frustration och känslomässig utmattning för sjuksköterskorna (Thompson, et al., 2006).

Sjuksköterskor ville förmedla vikten av att dokumentera om att inte starta hjärt- och lungräddning för palliativt vårdade patienter. Denna dokumentation skulle visa övriga kollegor att målet för patienters vård var palliativ och inte kurativ. För att kunna ge god vård ansåg de att beslutet om att inte påbörja hjärt- och lungräddning borde göras i rätt tid då patienter var adekvat och kunde kommunicera (Thompson, et al., 2006).

Utbildning/erfarenhet

För att sjukvårdspersonalen skulle kunna fatta beslut om övergången från kurativ till palliativ vård behövde de observera om behandlingen som gavs till patienter var adekvat. Då sjuksköterskor var de som var närmast patienter samt såg sjukdomsförändringar ansåg de sig ha kompetens till att vara med när diskussion om när behandling borde avslutas (McMillen, 2008).

Sjuksköterskor med längre erfarenhet inom vården kände sig mer trygga i beslut om övergången från kurativ till palliativ vård, eftersom de hade varit med om mer sådana beslut tidigare. Det lade läkare märke till och lyssnade därför oftare på vad sjuksköterskor med längre erfarenhet observerat än sjuksköterskor med kortare erfarenhet. Detta kunde bero på att de med mindre erfarenhet såg upp till läkare och saknade tillräckligt självförtroende för att tro på sin egen kompetens (McMillen, 2008). Ju längre erfarenhet desto mer självgående var de på att dokumentera och kommunicera (Löfmark, et al., 2005). Det visade det sig vara en känslomässig skillnad mellan att fatta ett beslut om att avsluta en behandling och att verkliga ta bort den i praktiken. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet upplevde det som jobbigare att praktiskt ta bort behandling och sökte ofta stöd hos de med längre erfarenhet (McMillen, 2008). De måste få tid att bearbeta sina känslor när övergången från kurativ till palliativ vård hade fattats. Annars kunde det skapa känslor och tankar om att de påskyndade dödsprocessen,

medan när behandling som inte var lämplig fortskred upplevde sjuksköterskor att patienter kunde få ett utdraget lidande och som ansågs ovärdigt (McMillen, 2008).

En del faktorer som gjorde det svårt för sjuksköterskor att underlätta övergången från kurativ till palliativ vård var brist på kunskap hos patienter och närstående om vad palliativ vård innebar, orealistiska förväntningar på kurativ behandling samt missförstånd gällande sjukdomsförloppet (Thompson, et al., 2006). När patienter och närstående inte förstod målen med den palliativa vården skapade det ett hinder för sjuksköterskor att frambringa god vård. Övergången från kurativ till palliativ vård skedde lättare då både patienter och närstående var väl införstådda av prognosen av sjukdomen och patienter fortfarande kunde delta i beslut (Thompson, et al., 2006). Patienters och närståendes okunskap av den kurativa vården gjorde att de hade höga förväntningar på den behandlingsformen. De kunde ibland tro att den kurativa behandlingen skulle kunna stoppa dödsförloppet, även fast det inte var möjligt (Thompson, et al., 2006). Sjuksköterskor upplevde att patienter och närstående oftast insett patienternas sjukdomsförlopp, men att patienter ibland inte fått tillräckligt med information och dokumentation om sitt tillstånd och därför ändå inte kunde göra adekvata val om sin behandling. Denna ovishet kunde även leda till att patienter inte förstod eller accepterade sin situation om beslut gällande övergången från kurativ till palliativ vård. Detta kunde leda till att sjukvårdspersonalen sköt upp samtalet rörande dessa beslut (Kinoshita, 2007; Löfmark, et al., 2007).

Sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att veta vilken kunskapsnivå patienter och närstående besatt om patienters sjukdomstillstånd för att kunna ge anpassad information (Thompson, et al., 2006). Sjuksköterskors tidigare erfarenheter och bedömningsförmåga banade väg för att kunna ge relevant information till patienter, närstående och övrig sjukvårdspersonal om att döden var nära för patienterna (Thompson, et al., 2006). Att de skaffade sig kunskap om vad patienterna ville ha ut av sin vård hade betydelse i sjukvården (Rocker, et al., 2005)

Emotionella reaktioner

Sjuksköterskor ansåg i vissa fall att läkare drog ut på beslut om beslut om övergången från kurativ till palliativ vård. Det trodde de berodde på att läkare var rädda för att tala om att patienternas liv inte gick att rädda eller på grund av att patienter och närstående inte hade gett upp hoppet om överlevnad (Hov, et al., 2007b; Löfmark, et al., 2007). Då läkare hade svårt att ge dåliga prognoser och nyheter till patienter skapade det en frustration hos sjuksköterskor som ansåg att läkare inte såg det naturliga sjukdomsförloppet (Thompson, et al., 2006). När patienter led kände sjuksköterskor medlidande till närstående (Halcomb, et al., 2004). De menade vidare att en källa till inadekvat behandling kunde bero på att läkare fattade beslut i panik då det inte fanns tillräckligt med tid, att patienter hade en kort sjukhusvistelse eller en brist på kunskap hos läkare angående vad palliativ vård var (Hov, et al., 2007b; Löfmark, et al., 2007; Badger, 2005). De upplevde att läkare ibland ville testa andra kurativa behandlingar utifall att det skulle hjälpa patienter att tillfriskna, även fast sjuksköterskorna ansåg att patienterna inte skulle överleva (Halcomb, et al., 2004). De upplevde det jobbigt att behandla kurativt när patienterna ändå skulle dö inom en viss tid. När de ansåg att patienters livskvalitet skulle vara av betydelse i omvårdnaden, kände de istället att de torterade patienterna (Badger, 2005). Dock påskyndade de inte läkares försenade beslut eftersom de visste att det var komplicerade beslut som skulle fattas (Halcomb, et al., 2004).

Det var även svårt att jobba med patienter som ville ha kurativ behandling men borde ha palliativ vård. Det gjorde att ärlig information hindrades att komma fram (Thompson, et al.,

2006). Ibland kunde då en betydelselös behandling fortsätta för att sjukvårdspersonalen ville få patienter att förstå att den kurativa behandlingen inte gav något resultat och att övergången från kurativ till palliativ vård borde ske (Rocker, et al., 2005). Patienter bad sällan i praktiken om att övergå från kurativ till palliativ vård och detta ledde ofta till att patienter dog med pågående behandling. Ibland fortsatte kurativ behandling för att patienter och närstående inte hade fått ta avsked eller att patienter inte var redo att dö (Rocker, et al., 2005). Det var svårare för sjuksköterskor att acceptera psykiskt när det var unga patienter som skulle övergå till palliativ vård, eftersom dessa patienter inte hade fått leva så länge (Thompson, et al., 2006). När vården övergick från kurativ till palliativ vård kunde det upplevas hos sjukvårdspersonalen en känsla om att ingenting gjordes för patienterna (Thompson, et al., 2006).

Sjuksköterskor pendlade ofta mellan positiva och negativa känslor under arbetsdagen. De kände positiva känslor när patienter blev bättre, hade mindre ont och hade en chans att överleva (Hov, et al., 2007a). När kurativ behandling fortsatte som egentligen var meningslös kände de negativa känslor. Exempel på det var när patienter uttryckte känslor som hopplöshet. Sjuksköterskor ansåg att det var svårt att låta patienter dö en naturlig död på grund av att sjukvården hade tekniken att förlänga en patients liv (Rocker, et al., 2005). För att kunna hantera att alla patienter inte kunde överleva såg de patienter som dödliga och att den medicinsktekniska utrustningen bara kunde upprätthålla livet under en kort period och efter det infann sig döden (Hov, et al., 2007a; Halcomb, et al., 2004). De kände att det var viktigt att ha en realistisk syn på vården och att direktiv på att inte starta återupplivningsförsök borde komma tidigare i behandlingsplanen och vården skulle fokusera på att patienter skulle ha det bekvämt (Rocker, et al., 2005).

Sjuksköterskor använde sig av olika copingstrategier för att hantera sina känslor när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård diskuterades. Även fast de visste att patienter skulle dö, försökte de hålla uppe hoppet om att patienterna skulle kunna återhämta sig. För att sjuksköterskor skulle kunna fortsätta känna empati för sina patienter kunde de ibland visualisera en nära anhörig i patients ställe. Att samtala med personalen om liknade fall som de hade varit med om gjorde att de kunde försäkra sig själva att de hade gjort det bästa för patienter. De kände att det var viktigt att skratta och ha roligt för att spänningar skulle släppa och för att hantera svåra situationer (Badger, 2005).

Diskussion

Metoddiskussion

Då det var ett komplext ämne att studera upplevelsen kring en övergång användes sökord i olika kombinationer för att få fram relevanta artiklar. Eftersom det blev en lång sökhistorik har enbart artiklar som kommit till urval 2 redovisats i bilaga I. Resterande träffar från urval 1 som inte kom till urval 2 togs bort då artiklarna inte kändes relevanta att ha med litteraturstudien. När sökorden användes i olika kombinationer återkom samma artiklar i flertal sökningar. Det kan ses som en styrka då sökorden kan uppfattas relevanta.

Flera sökningar genomfördes i databaserna Cinahl och Pubmed, som är två stora databaser inom området omvårdnad. Resterande sökningar var utförda i databasen Science direct. Sökningarna i Science direct utfördes för att upptäcka om det fanns ytterligare relevanta

studier till syftet och för att få fram ett tillfredställande resultat. Det ansågs som en styrka att artiklarna skulle vara publicerade inom de senaste fem åren för att få fram aktuell forskning. Samma författarnamn uppkom i några artiklar som valdes till resultatet. Det kunde uppfattas som en styrka då författarna var väl insatta inom det aktuella området samt att studierna överensstämde med resultatet från andra studier som valdes ut.

I litteraturstudien användes 15 artiklar där sju var kvalitativa och åtta var kvantitativa. Att ha en någorlunda jämn fördelning av kvalitativa och kvantitativa artiklar ansågs vara en styrka på grund av att studierna kompletterade och bekräftade varandra vilket också gav ett mer fullständigt resultat.

Litteratursökningen utgick från ett allmänt perspektiv på sjuksköterskor upplevelse och erfarenheter av övergången från kurativ till palliativ vård. Det kunde anses vara en nackdel att inte ha en specifik patientgrupp, men det var inte tanken med litteraturstudien. Syftet var att observera vad sjuksköterskor kände i allmänhet om övergången oberoende av vilken sjukdom patienter hade.

Alla artiklarna som var använda i resultatet var publicerade på engelska. Det kan ha påverkat litteraturstudiens resultat då artiklarna översattes till svenska. För att försöka undvika feltolkningar genomlästes och tolkades artiklarna flera gånger individuellt och i grupp.

Resultatdiskussion

Resultatartiklarna i litteraturstudien granskades enligt bedömningsmall utarbetad av Carlsson och Eimar (2003). Denna bedömningsmall användes för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten utifrån en tregradig skala. Där grad I var god kvalitet medan grad III var mindre god kvalitet. Av 15 vetenskapliga artiklarna värderades nio artiklar till grad I och sex artiklar till grad II. I två av de 15 artiklarna gick det inte att finna något etiskt godkännande. Detta kan ses som en brist men artiklarna togs med i litteraturstudien för att de ansågs ha god vetenskaplig grund. Bortfall redovisades i nio artiklar, men ansågs inte ha någon betydelse för resultatet. Deltagarantalet varierade kraftigt i artiklarna, mellan 8-1210 deltagare. Av dessa 15 artiklar var nio utförda på intensivvårdsavdelningar medan resterande sex var utförda på olika vårdavdelningar. Dock skilde sig inte sjuksköterskor upplevelser så mycket åt oavsett vilken typ av avdelning studierna var utförda på. Detta tyder på att det inte spelar någon större roll var sjuksköterskor arbetar, upplevelserna är detsamma.

Studierna hade utförts i flera olika länder i världen. Dessa länder var Australien, England, Holland, Japan, Kanada, Norge, Nya Zeeland, Sverige, och USA. Då resultatet inte skilde sig mycket från olika länderna kunde det göras en viss generalisering av vad sjuksköterskor i världen upplevde och ansåg om övergången från kurativ till palliativ vård.

Delaktighet

Sjuksköterskors delaktighet

I flera studier ansåg (Kinoshita, 2007; Löfmark, et al., 2007; Halcomb, et al., 2004) sjuksköterskor att deras åsikter om patienters kommande vård inte var respekterad av läkare. De kände sig inte delaktiga i beslut gällande vården, vilket gjorde dem missnöjda (Kinoshita, 2007; Löfmark, et al., 2007; Halcomb, et al., 2004). Detta trodde de berodde på hierarkin mellan yrkesgrupperna (Halcomb, et al., 2004). De ansåg att läkare tyckte att sjuksköterskor och läkare tänkte olika på hur behandling skulle gå till (Hov, et al., 2007a). Det enda som sjuksköterskor ofta fick vara med att besluta om var läkemedel som lindrade patienters smärta (De Veer, et al., 2008). De menade vidare att läkare var odugliga på att leda och ge klara direktiv till sjuksköterskorna (Thompson, et al., 2006). Istället för att få läkares uppmärksamhet försökte de istället på olika tillvägagångssätt förmedla och ge antydningar till läkarna. Detta för att leda in läkarna i deras tankesätt om hur patienters vård borde fortlöpa (Hov, et al., 2007a). Trots att sjuksköterskor ville vara mer involverade i besluten som fattades om patienters vård, ville de att läkare skulle fatta själva beslutet (McMillen, 2008). Detta styrks av Socialstyrelsen (1992) där det står att det medicinska ansvaret ligger hos läkarna att fatta beslut om övergången från kurativ till palliativ vård, men att det är önskvärt att läkare tillsammans med sjukvårdspersonalen har en öppen och informativ diskussion om övergången. Sjuksköterskor ville ha klarare mål om behandlingen syfte (Hov, et al., 2007a). Detta för att personalen skulle kunna visa en enad front mot patienter och att vården blev så lämplig som möjligt (Ågren Bolmsjö, et al., 2009). Sjuksköterskor delaktighet motsades i några studier (Latour, et al., 2009; De Veer, et al., 2008; Löfmark, et al., 2005) där de ansåg att besluten var överensstämmande mellan sjuksköterskor och läkare samt att de hade en aktiv roll i beslutsfattningen.

Patienters delaktighet

I ett flertal studier (McMillen, 2008; Löfmark, et al., 2007; Ho, et al., 2005) ansåg sjuksköterskor att patienter skulle få vara involverade i beslut som rörde deras behandling (ibid). För att de skulle kunna vara delaktig i sin vård var det viktigt att patienter fick tillräckligt med information om sitt tillstånd (Kinoshita, 2007; Löfmark, et al., 2007). Detta styrks av godhetsprincipen där det tas upp att läkare är skyldig att ge patienter råd samt behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövade erfarenheter som patienter kan bli hjälpt av (Socialstyrelsen, 1992). HSL menar vidare att informationen som ges till patienter om dennes sjukdomstillstånd och behandling ska vara lättbegriplig (SFS 1982:763). Det visades sig dock i en studie (Löfmark, et al., 2007) att patienter inte skulle vara delaktig när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård skulle fattas. Personalen skulle istället tala om för patienter när beslutet redan var bestämt (Löfmark, et al., 2007). Detta motsäger sig autonomiprincipen där det tas upp att god vård ska utformas och genomföras med patienterna och deras självbestämmande ska respekteras (Socialstyrelsen, 1992). Troligtvis ansåg sjuksköterskor att det är lättare att sätta en diagnos på patienter och låta de finna sig i beslutet än att diskutera svåra frågor med patienterna. Att inte låta patienter få vara med i samtalet om övergången från kurativ till palliativ vård motsades i en annan studie (Ågren Bolmsjö, et al., 2009) där sjuksköterskor ansåg att det skulle vara patienter som skulle få bestämma om övergången från kurativ till palliativ vård. Detta styrks av Socialstyrelsen (1992) där det står att patienters inställningar borde vara vägledande i beslutsprocessen. HSL (SFS 1982:763)

menar vidare att om det finns behandlingsalternativ ska patienter få möjlighet att välja (ibid). Troligtvis är det betydelsefullt att sjukvården är uppbyggd så att alla som deltar i patienternas vård ska få vara delaktiga. För att uppnå detta borde vården utgå mer från patienternas självbestämmande för att vården ska bli så adekvat som möjligt.

Sjuksköterskor ansåg att patienter skulle vara i fokus samt att deras autonomi skulle prioriteras och respekteras (Hov, et al., 2007b; Rocker, et al., 2005). Därför borde patienter mötas med öppenhet, respekt och ses som unika (Hov, et al., 2007b). Detta intygas av Kristoffersen och Nortvedt (2006) som anser att grunden till omvårdnaden ska vila på en humanistisk människosyn, vilket beskriver patienter som unika och säregna varelser.

I en studie av Latour, et al. (2009) ansåg sjuksköterskor att patienters religion hade betydelse då övergången från kurativ till palliativ vård diskuterades. Enligt rättvisepincipen ska alla människor behandlas med respekt och ha lika värde och att vård ska ges på lika villkor (Socialstyrelsen, 1992). Om vården ska byggas på lika villkor är det viktigt att ha i åtanke att patienter har olika religioner och livsåskådningar. Att vårdas med lika värde betyder inte att vården ser likadan ut för alla patienter, utan istället ska det finnas förutsättningar för alla att kunna utöva och anpassa sin vård efter sina egna önskemål.

Hoppet hos patienterna (Thompson, et al., 2006) var starkt kopplat till den kurativa behandlingen. När denna behandling avslutades försvann hoppet (ibid). Hoppet trädde ofta fram när patienter drabbas av något som påverkar deras hälsa och liv. Hoppet kan bidra till att patienters livskvalitet ökar (Kristoffersen & Breienvne, 2006). Hoppet ser annorlunda ut beroende på i vilken situation som de befinner sig i. För patienter där det finns chans att bli botad kan hoppet handla om att få en framtid fri från sjukdom medan de som ligger för döden istället hoppas slippa smärta den sista tiden.

Närståendes delaktighet

Sjuksköterskor ansåg att det var betydelsefullt att ta hand om patienters närstående för att hjälpa dem att hantera stress och situationer som uppkom då de såg patienterna sjuka (Hov, et al., 2007b). De menade vidare att innan den kurativa behandlingen togs bort i praktiken borde närstående få vänja sig vid tanken att patienter skulle övergå från kurativ till palliativ vård (McMillen, 2008). Det styrks av Socialstyrelsen (1992) allmänna råd där det tas upp att livsuppehållande åtgärder som inte är botande kan fortsättas ges i syfte att förlänga livet. Detta kan göras för att ge närstående möjlighet att förstå information och patienternas prognos.

Enligt Thompson, et al. (2006) och Halcomb, et al. (2004) tog närstående skada av när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård drog ut på tiden. Detta skapade falskt hopp om att patienters tillstånd fortfarande kunde förbättras (ibid). Ibland kunde personalen fortsätta med betydelselös kurativ behandling för att de hade en rädsla för att patienter skulle förlora hoppet annars (Glimelius, 2005). Troligtvis kan det förklaras genom att det finns brist i kommunikationen mellan personalen och närstående om att patienters tillstånd är irreversibelt.

Närstående blev delaktiga om patienters behandling då patienter var i ett sådant tillstånd att denne inte längre kunde kommunicera med omvärlden (Löfmark, et al., 2007; Thompson, et al., 2006). Det blev då närstående som förde patienters talan om vad patienter hade velat ha för vård istället (Thompson, et al., 2006). Detta stärks i HSL (SFS 1982:763) där det tas upp

att om patienter hamnar i ett tillstånd där han/hon inte kan ta emot information, ska informationen ges till närstående istället.

Tidpunkt

Det togs upp i flera studier (Ågren Bolmsjö, et al., 2009; McMillen, 2008; Löfmark, et al., 2007; Ho, et al., 2005; Rocker, et al., 2005) hur betydelsefullt det var att hitta rätt tidpunkt när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård skulle fattas. Sjuksköterskor i några av dessa studier (Latour, et al., 2009; Ågren Bolmsjö, et al., 2009) ansåg att beslutet om en övergång kunde fattas tidigare än vad det gjorde. Denna uppfattning motsades i en annan studie (Rocker, et al., 2005) där de upplevde att tidpunkten utfördes i rätt tid (ibid). Det som kan ha påverkat att sjuksköterskorna var nöjda med tidpunkten av beslutet om övergången från kurativ till palliativ vård kan bero på att studien handlade om specifika omvårdnadsåtgärder, till exempel om när hjärt- och lungräddning inte skulle påbörjas.

Det är svårt för sjukvårdspersonalen att veta när patienter närmar sig döden, men enligt Socialstyrelsen (*SOU 2000:6*) finns det vissa kännetecken som kan hjälpa personalen att uppmärksamma att patienter kommer att dö inom en snar framtid. Även fast de här kännetecknen fanns hade sjuksköterskor och läkare svårt att se när patienter var döende och hur prognosen av sjukdomen skulle utvecklas (Hov, et al., 2007a; Thompson, et al., 2006). Att låta patienter dö en naturlig död var svårt att hantera för sjukvårdspersonalen, då det fanns livsuppehållande hjälpmedel (Rocker, et al., 2005). Detta ledde ofta till att sjukvårdspersonalen drog ut på beslutet om att göra övergången från kurativ till palliativ vård (Thompson, et al. 2006). Sjuksköterskor ville oftare att övergången skulle ske tidigare än vad läkare ansåg (Latour, et al., 2009). Detta berodde antagligen på att sjuksköterskor hade en mer holistisk syn på patienter än vad läkare hade. Läkare byggde sina grunder på patienters objektiva tecken, exempelvis laboratorieprover. Målet för läkare var att bota patienter in i det sista och det gjorde det svårare för läkare, än för sjuksköterskor, att byta bana från kurativ till palliativ vård (Hov, et al., 2007a; Thompson, et al., 2006). Enligt British Medical Association (2001) ska det övervägas om behandlingen är till patienters fördel när det ska fattas beslut om övergången från kurativ till palliativ vård.

När den kurativa behandlingen fortsatte trots att sjuksköterskor inte ansåg att det var adekvat för patienter, skapades det frustrationer av att de inte fick vara mer delaktiga i beslut om övergången från kurativ till palliativ vård (Halcomb, et al., 2004). Att det bör finnas en diskussion mellan sjuksköterskor och läkare styrks av Socialdepartementet (*SOU 2001:6*) som tar upp att olika professioner ser olika på patienters sjukdomsförlopp. Detta gör att det är ännu viktigare för sjuksköterskor och läkare att diskutera med varandra om när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård ska tas och att det finns en adekvat medicinsk bedömning. Troligtvis skulle det behövas möten där alla i sjukvårdsteamet runt patienterna är delaktiga och diskuterar deras kommande vård. Detta skulle troligen underlätta för sjuksköterskor att vara mer delaktiga när beslut ska fattas. Detta ansåg även sjuksköterskor i studien av Löfmark, et al. (2007) där de efterlyste bättre kontinuitet mellan sjuksköterskor och läkare samt att det fanns gemensamma möten med patienter och närstående.

Utbildning/erfarenhet

Sjuksköterskorna ansåg att de hade kompetens att få vara delaktiga och kunna diskutera om beslut om övergången från kurativ till palliativ vård (McMillen, 2008). Detta styrks av Svensk sjuksköterskeförening, (2009a) där sjuksköterskor profession har ett kunskapsområde som vilar på en vetenskaplig grund (ibid). Sjuksköterskor är de som bemöter, bedömer och fattar beslut om patienter utifrån de etiska koderna, som är framtagna av ICN (svensk sjuksköterskeförening, 2007). Det var av betydelse att sjuksköterskor var delaktiga för att förstå varför en viss behandling erbjöds till patienterna samt att sjukvårdspersonalen skulle finna en gemensam förståelse (Rocker, et al., 2005). Ju längre erfarenhet sjuksköterskorna hade desto tryggare kände de sig när det kom till beslut om övergången från kurativ till palliativ vård. Detta märktes av läkare, då sjuksköterskor med längre erfarenhet fick vara mer delaktiga än sjuksköterskor med mindre erfarenhet och saknade självförtroende att stå upp för sin åsikt. Det visade sig också att de med mindre erfarenhet hade svårare att praktiskt avsluta behandling då de kände att de påskyndade patienters död (McMillen, 2008). Detta överensstämmer med det som tas upp av Lynøe (2009) som beskriver att det är lättare att inte påbörja en behandling än att avsluta en. Vilket inte bör vara fallet eftersom det finns etiska riktlinjer som menar att det är försvarbart att avsluta kurativ behandling om det är till patienters fördel, även fast det kan påskynda dödprocessen.

När döende patienter och dess närstående hade höga förväntningar på den kurativa behandlingen och okunskap om hur den palliativa vården fungerade var det svårt för sjuksköterskor att ge adekvat vård. Därför var det viktigt för sjuksköterskor att veta vilken kunskapsnivå patienter hade (Thompson, et al., 2006). Det styrks med vad som står i kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) där det tas upp att sjuksköterskor ska ha en öppen dialog och informera samt undervisa patienter, vilket leder till att patienter får vara delaktiga i sin vård och behandling.

Emotionella reaktioner

Sjuksköterskor ansåg att läkare ibland hade svårt att ge dåliga besked till patienter och närstående. Detta ledde till att läkare inte vågade fatta beslutet om att låta patienter övergå från kurativ till palliativ vård (Hov, et al., 2007b; Löfmark, et al., 2007) Det kunde även vara så att läkare ibland ville testa olika kurativa behandlingar utifall att patienter kunde bli bättre (Halcomb, et al., 2004). Socialstyrelsen (1992) tar upp att om det finns tveksamheter om hur patienters sjukdomsprocess kommer att fortlöpa kan livsuppehållande åtgärder vara nödvändigt att fortsätta med.

Sjuksköterskor ansåg att det var svårt att behandla patienter som ville fortsätta med en kurativ behandling när det inte längre fanns någon möjlighet för patienter att överleva (Rocker, et al., 2005). De menade vidare att de kändes som de torterade patienter när onödig behandling gavs. De hade en åsikt om att det skulle vara livskvalitet som var viktig när patienterna behandlades (Badger, 2005). Enligt icke skada principen (Socialstyrelsen, 1992) ska vi människor inte skada varandra i onödan. I vissa fall kan dock skadan vara berättigad om fördelarna av behandlingen väger över. Här blir det en motsägning mellan professionerna då det verkade som om läkare var mer beredda att rädda liv till varje pris, medan sjuksköterskor såg mer till patienters välbefinnande.

Konklusion

Litteraturstudiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter när patienter övergår från kurativ till palliativ vård. Det som framkom i resultatet delades in i fyra kategorier som var: *delaktighet, tidpunkt, utbildning/erfarenhet* och *emotionella reaktioner*. Kategorin delaktighet indelades i tre underkategorier. Dessa var: *sjuksköterskors delaktighet, patienters delaktighet* och *närståendes delaktighet*.

Sjuksköterskor ansåg att de jobbade utifrån ett holistiskt synsätt och hade en helhetssyn på patienter och ville därför vara mer delaktiga i beslut om övergången från kurativ till palliativ vård än vad de var. Delade meningar från sjuksköterskor fanns om hur delaktiga patienter skulle vara när beslut om övergången från kurativ till palliativ vård diskuterades. Dock skulle beslutet tas utifrån patienters bästa. Hur involverad närstående skulle vara upplevde sjuksköterskor olika, vissa ansåg att de skulle vara mer inblandade och andra mindre. De menade vidare att det var bra att närstående var delaktig men det kunde också bli en stressande situation.

Sjuksköterskor ansåg att tidpunkten för när övergången från kurativ till palliativ vård utfördes var viktig.

Dock ansåg sig de ha det svårt med att observera hur prognosen av patienters sjukdomsförlopp skulle arta sig. Det var av betydelse att veta vad palliativ vård var för att förhindra missförstånd mellan sjuksköterskor, läkare och patienter/närstående då palliativ behandling skulle ges.

För att beslutet om övergången från kurativ till palliativ vård skulle kunna fattas ansåg sjuksköterskor att det var av betydelse att de fick dela med sig av sina observationer till läkare. De menade vidare att det var viktigt att utbilda patienterna. Det framkom även att de sjuksköterskorna som hade längre erfarenhet kände sig tryggare i övergången från kurativ till palliativ vård därför att de hade varit med om liknande situationer tidigare.

Sjuksköterskor upplevde det jobbigt att inte få klara besked från läkarna på vad patienternas behandlingar syftade till och kände en hopplöshet i att inte bli hörda och få påverka patienters vård i större utsträckning. Detta gjorde att de blev frustrerade över läkares beslut om de ansåg att det var olämpligt för patienter.

Implikation

Diskussionerna om övergången från kurativ till palliativ vård mellan sjuksköterskor och läkares åsikter kan göra att patienters delaktighet och vilja glöms bort. Litteraturstudien ville från början belysa patienters perspektiv, vilket inte gick att genomföra då få studier har gjorts utifrån patienters perspektiv inom det här området. Därför anses detta vara ett område av stor betydelse att forska mer om, vilket kan leda till att sjuksköterskor och övriga kollegor får en djupare förståelse för hur patienter känner i dessa situationer och börjar lyssna mer på dem.

Eftersom sjuksköterskor med mindre erfarenhet kände mer osäkerhet i övergången från kurativ till palliativ vård, tyder det på att de saknas kunskap kring innebörden av palliativ vård eller hur beslutet ska fattas. För att kunna utföra övergången från kurativ till palliativ vård måste personalen och patienter förstå innebörden av vad syftet med den kommande vården är.

Detta för att patienter ska slippa onödiga behandlingar och undersökningar för att personalen istället kan inrikta sig på att ge lindrande vård. Därför är det av betydelse att det lyfts fram tydligare i utbildningen vad det finns att göra för patienter som befinner sig i övergången från kurativ till palliativ vård samt förtydliga vad palliativ vård innebär. Även övriga vårdprofessioner skulle behöva ha mer utbildning i vad palliativ vård innebär. Det skulle kunna leda till en gemensam förståelse mellan kollegorna.

Referenser

Artiklarna som är markerade med asterix * är med i litteraturstudiens resultat.

Anderson, W. G., Hunt, S., Chaiti, E., & Arnold, R. M. (2007). Withholding and withdrawing life-sustaining therapies. Ingår i L. L. Emanuel, & S. Lawrence Librach, *Palliative care -core skills and clinical competencies*(s. 249- 266). Philadelphia: Sunders Elsevier.

* Badger, J. (2005). A descriptive study of coping strategies used by medical intensive care unit nurses during transitions from cure to comfort oriented care. [Electronic version]. *Heart & Lung*, 34(1), 63-68. Hämtad 2009-12-11 från databasen Science direct.

British medical association (2001). *Withholding and withdrawing life. Prolonging medical treatment. Guidance for decision making.* (2:a uppl.) London: BMJ books.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö högskola. Hämtad 2010-01-03 från http://dSPACE.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf

* De Veer, A., Francke, A., & Poortviet, E-P. (2008). Nurses' involvement in end of life decisions. *Cancer Nursing*, 33(3), 222- 228.

Eckerdal, G., Engström, I., Lynöe, N., Löfmark, R., & Sallin, K. (2007). Respektera patienters rätt avstå från livsuppehållande behandling: Nya riktlinjer från Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik. *Läkartidningen*, 104(41), s.2969-2971. Hämtad 2008-11-12 från läkartidningen:
http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/7/7329/LKT0741s2969_2971.pdf

Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsatts –vägledning för litteraturbaserande examensarbeten.* Lund: Studentlitteratur.

Glimelius, B. (2005). Kuration eller palliation? Ingår i B. Beck-Friss, & P. Strang, (red), *Palliativ medicin* (15-22). Stockholm: Liber AB.

* Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the icu. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 214-222.

* Hermsen, M. & ten Have, H. (2005). Decision making in palliative care practice and the need for moral deliberation: a qualitative study. [Electronic version]. *Patient Education and Counselling*, 56, 268-275. Hämtad 2009-12-11 från databasen Science direct.

* Ho, K., English, S., & Bell, J. (2005). The involvement of intensive care nurses in end of life decisions: a nationwide survey. *Intensive Care Medicine*, 31(5), 668-673.

* Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007a). Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 203-211. Hämtad 2009-11-17 från databasen Cinahl.

- * Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007b). Good nursing care to icu patienters on the edge of life. [Electronic version]. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 331-341. Hämtad 2009-12-11 från databasen Science direct.
- Hunter, J. K., Dean, T., & Gowan, J. (2006). Death with dignity: devising a withdrawal of treatment process. *British Journal of Nursing*, 15(3), 138-140.
- Hytten, K. (2001). Att bemästra svår sjukdom. Ingår i S. Kaasa, (red.). *Palliativ behandling och vård*. (s.21-29). Lund: Studentlitteratur.
- Kaasa, S. (2001). Palliativ medicin – en introduktion. Ingår i S. Kaasa, (red.). *Palliativ behandling och vård*. (s.11-17). Lund: Studentlitteratur.
- * Kinoshita, S. (2007). Respecting the wishes of patienters in intensive care units. [Electronic version]. *Nursing Ethics*, 14(5), 651-664. Hämtad 2009-11-17 från databasen PubMed.
- Kristoffersen, N. J., & Breienvne, G. (2006) Lidande, hopp och livsmod. Ingår i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A, (red.), *Grundläggande omvårdnad, del 3* (157-205). Stockholm: Liber AB.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P (2006) Relationen mellan sjuksköterska och patienter. Ingår i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A, (red.), *Grundläggande omvårdnad, del 1* (138-183). Stockholm: Liber AB.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P., & Skaug, E-A. (2006) Om omvårdnad. Ingår i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A, (red.), *Grundläggande omvårdnad, del 1* (13-27). Stockholm: Liber AB.
- * Latour, J., Fulbrook, P., & Albarran, J. (2009). Efcna survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end of life care. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 14(3), 110-121.
- Lynøe, N. (2009) Etiska aspekter på åtgärder i livets lutskede. Ingår i Ingvar, M., Lagercrantz, H., Lynøe, N., Fürst, C, J., & Rynning, E., *Liv och död – Livsuppehållande behandling från början till slut*.(s. 27-47) Stockholm: Karolinska institutet university press.
- * Löfmark, R., Nilstun, T., & Bolmsjö, I. (2007). From cure to palliation: concept, decision and acceptance. [Electronic version]. *Journal of Medical Ethics*, 33(12), 685-688. Hämtad 2009-11-17 från databasen PubMed.
- * Löfmark, R., Nilstun, T., & Bolmsjö, I. (2005). From cure to palliation: staff communication, documentation and transfer of patienter. [Electronic version]. *Journal of Palliative Medicine*, 8(6), 1105-1109. Hämtad 2009-11-17 från databasen PubMed.
- * McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(4), 251-259.
- Nava, S. (2004). Etics, attitude and practice in end of life care decision: an European perspective. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 61(1), 50-57.
- * Rocker, G. M., Cook, D. J., O'Callaghan, C. J., Pichora, D., Dodek, P. M., Conrad, W., et al. (2005). Canadian nurses' and resiratorys' perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit. [Electronic version]. *Journal of Critical Care*, 20, 59-65. Hämtad 2009-12-11 från databasen Science direct.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

Stryhn, H. (2007) etiska principer. Ingår i H. Stryhn, *Etik och omvårdnad*.(s. 73-91). Stockholm: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (1992). *Livsuppehållande åtgärder i livet slutskede* (allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 2009-12-05 från: http://www.Socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/14518/1992-70-2_1992702.pdf

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 2010-01-02 från: http://www.Socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

SOU 2000:6. Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. Delbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2001:6. Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede. Hämtad den 2010-01-02 från: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad den 2010-01-06 från: <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2009a) *Omvårdnad och god vård*. Hämtad den 2010-01-02 från: [http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%c3%a5rdnad%20\(4\).pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%c3%a5rdnad%20(4).pdf)

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2009b) *Sjuksköterskor profession*. Hämtad den 2010-01-02 från: <http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/nr%20107,%201%20sept,%20OM%20proffesionen.pdf>

Svenska läkaresällskapet. (1991) *Etiska riktlinjer: När får läkare avstå från behandling?* Hämtad den 2010-01-02 från: <http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000001437.pdf>

Svenska läkaresällskapet. (2000). *Riktlinjer för beslut angående hjärt lungräddning (HLR)*. Hämtad 2010-01-05 från Svenska läkaresällskapet: <http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000001299.pdf>

* Thompson, G., McClement, S., & Daeninck, P. (2006). "Changing lanes": facilitating the transition from curative to palliative care. *Journal of Palliative Care*, 22(2), 91-98.

World health organization. (n.d). *WHO definition of palliative care*. Hämtad den 2010-01-02 från: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

* Ågren Bolmsjö, I., Nilstun, T., & Löfmark, R. (2009). From cure to palliation: agreement, timing and decision making within the staff. [Electronic version]. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(5), 366-370. Hämtad 2009-11-17 från databasen PubMed.

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Genomlästa abstract	Urval 1	Urval 2
PubMed	091117	Nurses AND Palliative care AND Attitude to death Limits: only items with abstracts and published:2004-present	107	5	4	1
PubMed	091117	Nurses attitude AND Withdrawal of treatment Limits: only items with abstracts and published: 2004-present	34	6	4	1
PubMed	091117	From cure to palliation AND Nurses attitude Limits: only items with abstracts and published: 2004-present	2	1	1	1
PubMed	091117	From cure to palliation AND Nurses Limits: only items with abstracts and published: 2004-present	5	1	1	1
PubMed	091117	Nurse AND Wishes to die Limits: only items with abstracts and published: 2004-present	7	2	2	1

Bilaga I:2

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Genomlästa abstract	Urval 1	Urval 2
Cinahl	091117	Nurse attitudes (Heading) AND Euthanasia, Passive (Heading) Limits: Published Date from: 2004/01/01; Research Article; Language: English	14	4	3	3
Cinahl	091117	Nurses experience AND Euthanasia, passive (Heading) Limits: Research Article; Language: English	2	2	2	1
Pubmed	20091118	Decision making [MAJR] AND Nurses attitudes AND Euthanasia Limits: only items with abstracts and published: 2004-present	7	2	1	1
PubMed	091131	Transition AND Curative AND Palliative	37	3	1	1
Science direct	091211	Transition AND Curative AND Palliative AND Nurse Limits: Published Date from: 2004/01/01;	205	6	2	2

Bilaga I:3

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Genomlästa abstract	Urval 1	Urval 2
Science direct	091211	Transition AND withdrawal of treatment AND Nurse Limits: Published Date from: 2004/01/01;	962	5	3	1
Science direct	091211	Decision making AND Nurses attitudes AND Withholding and withdrawal of treatment Limits: Published Date from: 2004/01/01;	167	11	6	1

Artikelöversikt

Bilaga II

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2005 United States of America (USA).	Badger, J.	A descriptive study of coping strategies used by medical intensive care unit nurses during transitions from cure to comfort oriented care	Att beskriva hur sjuksköterskor som jobbar på medicinsk intensivvårdsavdelning hanterade känslor när patienters behandling gick från kurativ till lindrande vård.	Kvalitativ studie. Urvalet var 19 kvinnliga och fem manliga sjuksköterskor som var specifikt utvalda från en intensivvårdsavdelning. Datainsamling utfördes i gruppintervju, informella samtal och observationer. Gruppintervjuerna var bandade. Deltagarna fyllde även i frågeformulär som bland annat beskrev deltagarnas ålder, kön, arbetserfarenhet som allmänsjuksköterska, intensivvårdsavdelning.	Sjuksköterskor använde sig av olika tillvägagångssätt för att hantera de känslomässiga krav som komplexa situationer medförde i deras arbete. Sjuksköterskors tillvägagångssätt var en kombination av mentala, känslomässiga samt beteende tekniker.	Grad II

Bilaga II:2

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Holland(Nederl änderna)	De Veer, A., Francke, A., & Poortviet, E-P.	Nurses' involvement in end-of- life decisions	Att undersöka sjuksköterskor åsikter om deras roll angående beslut i livet slut och hur detta var relevant till deras karakteristiska bakgrund.	Kvantitativ studie. Urvalet bestod av 489 sjuksköterskor. Datainsamlingen utfördes med frågeformulär där sjuksköterskor fick besvara frågor handlade om sjuksköterskor roll angående beslut i livet slut.	Sjuksköterskor hade blivit involverade om beslut i livets slut, men ville att läkare skulle ta upp diskussionen med dem oftare än vad de gjorde. Sjuksköterskor menade vidare att beroende på vilka beslut som skulle fattas gjorde hur involverade sjuksköterskor ville vara. De samtalade ofta med palliativa patienter och dess anhörig om dessa beslut.	Grad II

Bilaga II:3

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2004 Australien	Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P.	An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/with holding of treatment in the icu	Att utforska erfarenheter hos sjuksköterskor på intensivvårdsavdelning som hade hand om patienter som fick sin behandling borttagen eller fick ha den kvar och öka medvetenheten och förståelsen för dessa erfarenheter hos annan hälso- och sjukvårds vårdpersonal.	Kvalitativ studie. Fenomenologisk ansats användes. Urvalen var 10 Sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar. Datainsamlingen utfördes som enskilda samtalsintervjuer som var bandade. Intervjuerna handlade om upplevelser hos sjuksköterskor som vårdade patienter som antingen fick sin livsuppehållande behandling borttagen eller inte.	Det uppstod ibland en konflikt för sjuksköterskor när de vårdade patienter som fick sin behandling avslutad eller inte, på grund av de olika yrkesprofessionerna ansåg olika om patienters vård. Det framkom även att relationen till närstående kunde både vara stressande och lugnande. Bättre kommunikation, stöd, professionell avrapportering och utbildning skulle kunna förbättra vårdens struktur.	Grad I

Bilaga II:4

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2005 Holland	Hermsen, M. & ten Have, H.	Decision making in palliative care practice and the need for moral deliberation: a qualitative study	Att fokusera på två aspekter om beslutet att ha kvar eller att ta bort behandling och vilka problem som vårdarna stöter på.	Kvalitativ studie. Urvalet bestod av 15 halvstrukturerade intervjuer med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från en onkologiavdelning på ett allmänsjukhus och från ett universitetssjukhus, hospice, vårdhem, och primärvård. Intervjuerna var kodade.	Faktorer som påverkade beslutet om övergången från kurativ till palliativ vård samt problem som personalen stötte på var: utvärderingen av livskvalitet, avsluta eller fortsätta med behandling som inte hade någon verkan, ge information om behandlingars alternativ, ge dåliga besked om diagnos och prognos.	Grad II
2005 Nya Zeeland	Ho, K., English, S., & Bell, J.	The involvement of intensive care nurses in end-of-life decisions: a nationwide survey	Att utforska förekomsten och förutsättningarna hos sjuksköterskor som jobbade på en intensivvårdavdelning och deras aktiva roll rörande beslut i livets slut.	Kvantitativ studie. Urvalet var 611 sjuksköterskor från 35 olika intensivvårdsavdelning. Datainsamlingen utfördes med ett frågeformulär som handlade om beslut i livets slut.	Många av sjuksköterskor i studien ansåg att övergången från kurativ till palliativ vård ofta fattades för sent och de ville vara mer involverade angående patienters vård i livets slut. Därför att de ofta hade en annan åsikt än läkare. Det visade sig att europeiska sjuksköterskor och de med mycket erfarenhet var med i besluten mer.	Grad I

Bilaga II:5

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2007 Norge	Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E.	Good nursing care to icu patients on the edge of life	Att få en djupare förståelse för vad god vård var för patienter där frågan lyftes om att fortsätta eller avsluta kurativ behandling.	Kvalitativ studie. Fenomenologisk ansats användes. Urvalet var 14 kvinnliga sjuksköterskor på en allmän intensivvårdsavdelning. Bortfallet var 23 sjuksköterskor. Datainsamlingen utfördes med gruppintervjuer.	God vård var baserad på sjuksköterskor förståelse för patienters situation. Andra viktiga beståndsdelar för att kunna ge god kurativ eller palliativ vård var att det fanns kontinuitet, kunskap, kompetens, samarbete och tydliga mål. Det visade sig att sjuksköterskor var en viktig beståndsdel för att uppehålla humanistisk vård i livets slut.	Grad I
2006 Norge	Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E.	Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment	Att erhålla en djupare förståelse för hur det var för sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning i situationer när frågan lyftes fram om att behålla eller avsluta kurativ behandling.	Kvalitativ studie. Fenomenologisk ansats användes. Urvalet var 14 kvinnliga sjuksköterskor på en allmän intensivvårdsavdelning. Bortfallet var 23 sjuksköterskor. Datainsamlingen utfördes med gruppintervjuer.	Sjuksköterskor upplevde sitt jobb både som belönande och jobbigt. Resultatet stödjer den betydande rollen som sjuksköterskor hade i att ge vård till patienter där frågan lyftes om att behålla eller avsluta behandling.	Grad I

Bilaga II:6

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Japan	Kinoshita, S.	Respecting the wishes of patients in intensive care units	Att tydliggöra intensivvårds- sjuksköterskor syn på att respektera önsknings från patienter i livets slut och utifrån dessa resultat identifiera problem som kunde uppkomma.	Kvantitativ studie. Urvalet var 1210 sjuksköterskor, där 1135 var Kvinnor, 47 var män och 28 hade okänt kön. Studien var utförd på olika intensivvårdsavdelningar. Datainsamlingen var utförd med ett frågeformulär där sjuksköterskor hade olika svarsalternativ, samt möjlighet att uttrycka egna tankar.	Sjuksköterskor upplevde att patienters önsknings inte var respekterade. Detta berodde på att: patienter inte kunde uttrycka sin egen vilja, personalen lyssnade inte på patienters önskan eller så bestämde närstående patienters ställe.	Grad I
2009 Holland	Latour, J., Fulbrook, P., & Albarran, J.	Efcena survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care	Att undersöka attityder och erfarenheter hos sjuksköterskor på intensivvårdsavdelni ngar i Europa angående vården i livets slut.	Kvantitativ studie. Urvalet var 162 sjuksköterskor från flera intensivvårdsavdelningar runt om i Europa. Datainsamlingen utfördes med ett frågeformulär med 45 frågor om sjuksköterskors delaktighet i livets slut.	Det visade sig att det var många sjuksköterskor som var delaktiga när beslut skulle tas om behandling i livet slut. Det fanns faktorer som påverkade beslutet och det kunde vara etiska och religiösa åsikter. De kände att det var viktigt att lyfta diskussionen om övergången med läkare, eftersom de flesta sjuksköterskor ansåg att beslut fattades för sent.	Grad I

Bilaga II:7

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Sverige	Löfmark, R., Nilstun, T., & Bolmsjö, I.	From cure to palliation: concept, decision and acceptance	Att presentera och diskutera sjuksköterskor och läkares kommentarer som framkom i ett frågeformulär som gällde patienters övergång från kurativ till palliativ behandling.	Kvantitativ studie. Urvalet var 844 sjuksköterskor/läkare. Datainsamlingen var utförd med ett Frågeformulär, där alla deltagare fick vara anonyma.	Det framkom att det var viktigt att ha en öppen kommunikation mellan kollegor samt med patienter som befann sig i övergången från kurativ till palliativ vård. Att inte låta en patient få en klar information om sitt tillstånd kunde skapa onödigt lidande. Många av personalen ansågs behöva mer utbildning om att kommunicera med patienter i slutskedet av livet.	Grad II
2005 Sverige	Löfmark, R., Nilstun, T., & Bolmsjö, I.	From cure to palliation: staff communication, documentation and transfer of patienter	Att diskutera övergången från kurativ behandling till palliativ vård. Genom att beskriva personalens kommunikation, dokumentation, beslutstagandet och förflyttningen av patienter till palliativ enhet.	Kvantitativ studie. Urvalet var 844 sjuksköterskor/läkare. Datainsamlingen var utförd med ett Frågeformulär, där alla deltagare fick vara anonyma.	Det framkom att det behövdes mer utbildning om palliativ vård för yrkesprofessionerna. För att underlätta kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare behövdes ett gemensamt språk. Tydliga riktlinjer för att fatta beslut gällande övergången behövdes.	Grad II

Bilaga II:8

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 England	McMillen, R.	End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences	Att utforska erfarenheterna hos sjuksköterskor som jobbade på en intensivvårdsavdelning där patienters behandling avslutades. Sjuksköterskor skulle besvara på två frågor: vilken roll som sjuksköterskor hade när behandling avslutades samt hur detta påverkande dem.	Kvalitativ studie. Grounded Theory användes som ansats. Urvalet bestod av 8 Sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning. Datainsamlingen utfördes med halvstrukturerade intervjuer.	Sjuksköterskor kunde spela en stor roll när det kom till delaktighet i beslut som skulle fattas i livet slut. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet påverkades mer emotionellt än sjuksköterskor med längre erfarenhet. Det var viktigt att sjuksköterskor hade stöd och ansvar för att kunna ge god vård i slutskedet av livet.	Grad I
2004 Canada	Rocker, G. M., Cook, D. J., O'Callaghan, C. J., Pichora, D., Dodek, P. M., Conrad, W., et al.	Canadian nurses' and respiratory perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit	Att beskriva sjuksköterskor syn på vården då patienter fick sin livsuppehållande behandling borttagen.	Kvantitativ studie. Urvalet var 96 sjuksköterskor och 73 respiratoriska terapeuter som jobbade på intensivvårdsavdelningar. Datainsamlingen utfördes med patientknutna frågeformulär där deltagarna fick svara på frågor om vården in livets slut.	Det framkom att det fanns sätt att förbättra vården i livets slut, men att de flesta sjuksköterskor ändå var nöjda med tillvägagångssättet när livsuppehållande behandling avslutades.	Grad I

Bilaga II:9

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2006 Canada	Thompson, G., McClement, S., & Daeninck, P.	“Changing lanes”: facilitating the transition from curative to palliative care	Att undersöka sjuksköterskor beteende och sociala process när de gav vård till patienter i livet slut.	Kvalitativ studie. Grounded theory användes som ansats. Urvalet var 10 sjuksköterskor från fyra medicinenheter på två universitetssjukhus. Sjuksköterskor var kvinnor, i åldern 18-65 år, genomsnittsvärdet av arbetserfarenheten var 11.5 år. Datainsamlingen utfördes med enskilda intervjuer som bandades.	Att fatta beslut om att byta bana från kurativ till palliativ behandling var svårt för sjuksköterskor, patienter, närstående och läkare. Det var viktigt att alla inblandade förstod när den kurativa behandlingen var resultatlös och att palliativ vård var ett bättre alternativ för patienter. Tidpunkten när övergången skedde påverkade vården i livets slut.	Grad I
2007 Sverige	Ågren Bolmsjö, I., Nilstun, T., & Löfmark, R.	From cure to palliation: agreement, timing and decision making within the staff	Att utforska erfarenheter och attityder hos slumpmässigt utvalda sjuksköterskor och läkare angående övergången från kurativ till palliativ vård.	Kvantitativ studie. Urvalet var 700 Sjuksköterskor och 972 läkare. Datainsamlingen utfördes med ett frågeformulär som bestod av fyra sidor, med frågor om bland annat ålder, kön, kompetensutveckling inom palliativ vård samt erfarenhet av att vård i livets slut.	Beslutet om att avsluta kurativ behandling skulle utföras först då personalen var säker på att inget mer kunde göras för patienter. Överensstämmelse bland kollegorna, hitta rätt timing och ha välbaserade beslut var idealiskt för personal som vårdade patienter i livets slut.	Grad II