



Linnéuniversitetet Kalmar
Växjö

Sjuksköterskans roll i relation till patientens autonomi i palliativ vård

**Camilla Andersson
Britt Pernius**



Linnéuniversitetet Kalmar
Växjö
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Examensarbete vårdvetenskap 15 hp

TITEL: Sjuksköterskans roll i relation till patientens autonomi i palliativ vård

Författare: Camilla Andersson och Britt Pernius

SAMMANFATTNING:

Bakgrund: Patientens autonomi är ett begrepp som är utmärkande för lagstiftningen inom hälso- och sjukvård och betonas starkt i den palliativa vården. Sjuksköterskan har en viktig roll i att värna om patientens autonomi men även att ta hänsyn till anhöriga och deras åsikter.

Syfte: Syftet var att belysa sjuksköterskans roll i relation till patientens autonomi i palliativ vård.

Metod: Studien är en systematisk litteraturöversikt. Databaserna Cinahl, Pubmed, PsykInfo och Elin har genom sökts för vetenskapliga artiklar från och med 2005 som kunde besvara syftet. Sju artiklar hittades.

Kvalitetsgranskningen har utförts enligt Willman och Stoltz (2006) mall.

Resultat: Sjuksköterskan hamnar i etiska dilemman då hon ibland måste göra val som påverkar patientens autonomi. Patientens autonomi kan bevaras genom att god information och kommunikation mellan sjuksköterska, patient, anhöriga och läkare ligger till grund för patientens autonoma beslut.

Slutsatser: För att minska risken för att etiska dilemman uppstår krävs god kommunikation och information samt ett gott teamarbete mellan läkare och sjuksköterskor.

Nyckelord: Autonomi, etik och palliativ vård.

1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning	1
2	Inledning.....	2
3	Bakgrund	2
3.1	Palliativ vård.....	2
3.2	Lidande	3
3.3	Livskvalitet	4
3.3.1	Livskvalitet enligt Siri Næss	5
3.3.2	Livskvalitet i palliativ vård	5
3.4	Etik.....	6
3.5	Etiska dilemman	6
3.6	Autonomi	7
3.7	Sjuksköterskans roll i den palliativa vården	7
4	Problemformulering	8
5	Syfte	9
6	Metod	9
6.1.1	Inklusionskriterier	9
6.1.2	Exklusionskriterier	9
6.1.3	Sökningsförfarande och kvalitetsgranskning	9
6.1.4	Urval.....	10
7	Analys.....	11
8	Forskningsetiska överväganden	12
9	Resultat.....	12
9.1	Sjuksköterskans roll inom kommunikation/information	12
9.1.1	Sjuksköterskans roll gentemot patient.....	12
9.1.2	Sjuksköterskans roll gentemot anhöriga	13
9.1.3	Sjuksköterskans roll gentemot läkare.....	14
9.2	Sjuksköterskans roll inom beslutsfattande och delaktighet.....	14
9.2.1	Sjuksköterskans roll gentemot patient.....	14
9.2.2	Sjuksköterskans roll gentemot anhöriga	16
9.2.3	Sjuksköterskans roll gentemot läkare.....	16
10	Diskussion	17
10.1	Metoddiskussion	17
10.2	Resultatdiskussion.....	18
10.2.1	Etiska dilemman som sjuksköterskan kan ställas inför vid bevarandet av patientens autonomi i den palliativa vården	19
11	Slutsats	23
12	Framtida forskning	24
13	Referenser.....	25

Bilaga 1: Mall för kvalitetsbedömning av kvalitativ metod

Bilaga 2: Artikelmatriser

2 Inledning

När det inte längre finns bot för sjukdom och patientens tid är begränsad så är den palliativa vården av stor betydelse för såväl patient som anhörig. Den palliativa vården syftar till att lindra lidande och upprätthålla högsta möjliga livskvalitet. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt, vilket innebär att visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Det medför även att utifrån patientens och/eller anhörigas önskemål och behov föra deras talan. Vi har under vår utbildning upptäckt att det som sjuksköterska kan vara svårt att bevara patientens autonomi när patienten befinner sig i sen palliativ fas.

Eftersom vården även riktas mot anhöriga och inte enbart mot patienten ställs sjuksköterskan inför viktiga frågor av etisk karaktär om sjuksköterskans, patientens och anhörigas åsikter och önskningsår går isär. Enligt Beck-Friis och Strang (2005) är patienter i livets slutskede tillsammans med sina anhöriga en extra sårbar grupp. Genom denna studie vill vi uppnå en ökad förståelse för de svårigheter som sjuksköterskan kan ställas inför då han/hon vill bevara patientens autonomi i sen palliativ fas. Detta hoppas vi kan leda till förbättrad omvårdnad och minskat lidande för denna patientgrupp och deras anhöriga.

3 Bakgrund

3.1 Palliativ vård

Palliativ vård är den vård som inte har ett kurativt syfte och innefattar därmed inte bara vård i livets slutskede. Inom hälso- och sjukvården och framför allt inom cancersjukvården delas den palliativa vården in i två faser, en tidig och en sen palliativ fas. Den tidiga fasen kan vara från månader till flera år och målet är livsförlängning samt högsta möjliga livskvalitet. I den sena palliativa fasen är döden förväntad inom en kort tid, vanligen mellan några veckor till någon månad. Målet är att skapa förutsättningar för livskvalitet trots svår sjukdom samt att varken förlänga eller förkorta livet (Beck-Friis & Strang, 2005).

Ordet palliativ kommer från det latinska ordet pallium och betyder mantel. Palliativ vård betyder ungefär mantelomsvept vård, det vill säga att hela människan tas omhand. Det betyder att människan ses som en hel person med både glädjeämnen och bekymmer (Fridegren & Lyckander, 2009). Ett annat begrepp som används för palliativ vård är hospicevård som utvecklades först i Storbritannien och sedan i USA. Hospicevården kan beskrivas som en protest mot det medicinskt högteknologiska vårdandet av döende och hade istället som mål att

individualisera vården och se patienten och dennes behov i sitt sociala sammanhang (Socialstyrelsen, 2004).

Palliativ vård byggs upp med hjälp av de fyra hörnstenarna som bidrar till en helhetssyn på den döende människan:

- Symtomkontroll, dvs. lindring av smärta och andra svåra symtom
- Samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag
- Kommunikation och relation, dvs. en god inbördes relation och kommunikation inom arbetslaget, mellan arbetslaget och patienten samt dennes närstående
- Stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet, dvs. de närstående bör erbjudas att delta i vården och själva få stöd under patientens sjukdomstid och efter dödsfallet (SOU, 2000:6).

Världshälsoorganisationens (WHO, 2009) definition av palliativ vård:

”Palliativ vård är en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och när målet för vården inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet åt både patienten och de närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet”.

Målsättningen med palliativ vård är att möjliggöra att patienten får så optimal livskvalitet som möjligt utan att vare sig förkorta eller förlänga livet. Den sjuka ska även ses i sitt sociala sammanhang i vilket hon ingår, vilket innebär att familjen ska erbjudas stöd som kan göra situationen lättare att hantera (Silfverberg, 2007).

3.2 Lidande

Målet med den palliativa vården är att lindra lidande och minska obehag. Eftersom vi normalt inte utsätts för lidande i det vardagliga livet kan det vara svårt att hantera situationen då den uppstår. Lidandet handlar inte bara om fysiska symtom utan även lidande som uppstår när människan hotas på ett psykiskt, socialt eller existentiellt plan (Beck-Friis & Strang, 1995).

Enligt Eriksson (1994) är det människan som lider och som åstadkommer lidande. Vidare menar hon att det endast är människan som kan lindra andras lidande samt göra lidandet drägligt. Lidandet är en del av människans verklighet men hon menar att lidandet har försvunnit som begrepp och att människan istället uttrycker sig i form av symboler. För att

förstå människans lidande gäller det att vara lyhörd för människans symbolspråk. Att lindra patientens lidande innebär att inte kränka dennes värdighet, inte fördöma och missbruka makt utan istället ge den vård som patienten behöver. Det är av betydelse att våga möta den andres lidande och ha mod att gå in i en relation för att kunna lindra lidande. Enligt Eriksson har vårdrelationen stor betydelse, då hon menar att om ingen relation finns mellan sjuksköterska och patient så blir det ingen god vård (Eriksson, 1997). Sjuksköterskan ska även hjälpa människan att befria sig från sitt lidande eller försonas med det. Genom att bekräfta patientens lidande, vara lyhörd samt ge patienten utrymme för att bearbeta sitt lidande kan man försonas med, finna mening med samt acceptera sitt lidande. Hon menar vidare att man ska behandla alla som individer med olika behov samt att lidandet ter sig olika för alla. Hon beskriver även anhörigas lidande och att detta lidande i vissa fall kan vara svårare än patientens och att det finns olika former av lidande. Sjukdomslidande är det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling och vårdlidande är det lidande som upplevs i relation till själva vårdsituationen. Med livslidande menar hon det lidande som upplevs i relation till det egna livet. Vårdlidande kan uppstå till följd av kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Kränkning av patientens värdighet kan ske genom nonchalans och slarv från sjuksköterskans sida, men även genom en bristande etisk hållning. Fördömlse grundar sig i åsikten om att det är vårdaren som avgör vad som är rätt eller fel med tanke på patienten men egentligen är det patientens vilja som ska avgöra. Att straffa kan innebära att inte ge karitativ vård eller att försumma patienten. Lidande kan åstadkommas genom att utöva makt mot patienten. Att utöva makt kan innebära att tvinga patienten till handlingar som denne själv av fri vilja inte skulle välja. Utebliven vård kan bero på en oförmåga att se patienten och dennes behov vilket alltid innebär en kränkning av människans värdighet (Eriksson, 1994).

3.3 Livskvalitet

Livskvalitet är ett viktigt och omstritt begrepp i medicinsk etik. Dålig hälsa är t.ex. inte per definition lika med dålig livskvalitet, men kan bidra till att minska en persons livskvalitet. Innebörden av livskvalitet i sjukvårdssammanhang är att patienten ska vara fri från fysiska och psykiska besvär samt ha en god fysisk, psykisk och social funktion i vardagen. Även biverkningar av behandling brukar vägas in i livskvalitetsbegreppet. Upplevelsen av livskvalitet kan variera mellan olika individer liksom upplevelsen av en sjukdom och dess symtom (Nationalencyklopedin, 2010). Istället för en generell betydelse av livskvalitet, som livstillfredsställelse och välbefinnande, talar man inom hälso- och sjukvård om hälsorelaterad

livskvalitet. Dess innebörd är att ha så god fysisk, psykisk och social funktion som möjligt och att behandling och sjukdom ska ha så lite inverkan som möjligt i patientens vardag. När en människa känner sig hotad blir livskvalitet ett centralt begrepp. Hot gör människan medveten om livets betydelse och vad som kan förloras. Då en människa drabbas av sjukdom uppkommer en mängd frågor om det liv som levts och om den återstående tiden (Sjödén, 1995).

3.3.1 Livskvalitet enligt Siri Næss

Næss (1987) definierar livskvalitet som patientens kognitiva och emotionella upplevelser. Hon betonar fyra områden som skall uppfyllas för att en person skall uppnå en hög livskvalitet. Dessa områden innebär att individen är aktiv, har självkänsla, gemenskap samt att individen har en grundstämning av glädje. Med att vara aktiv anser hon att individen skall känna meningsfullhet, livslust samt att vara intresserad av något utanför den egna individen. En känsla av valfrihet och att ha kontroll över sina handlingar är även viktigt. Att kunna utföra sina intressen kräver att individen är aktiv och har energi och kraft. Det är genom att utveckla sina möjligheter som människan kan förverkliga sig själv. Självkänsla definierar hon som en känsla av att vara tillfreds, känna sig duglig, känna kontroll men även att inte känna skam- eller skuld känslor. Hon skriver vidare att gemenskap innebär en ömsesidig relation till minst en annan människa och att relationen kan vara yttlig till flera personer, men att en av dessa bör vara av starkare karaktär. Næss menar vidare att det är viktigt att känna samhörighet med en grupp t.ex. arbetskamrater. Enligt Næss innebär den sista delen av livskvalitet att ha en grundstämning av glädje, känna trygghet och harmoni men det kan även vara avsaknad av ångest och oro. Hon menar att det är viktigt att individen är tillgänglig och öppen och inte avskärma sig från omvärlden. En grundstämning av glädje inbegriper även välbefinnande samt frånvaro av nedstämdhet, smärta, obehag eller tomhetskänsla.

Næss anser att alla dessa fyra faktorer är lika viktiga, ingen är mera betydelsefull än de andra.

3.3.2 Livskvalitet i palliativ vård

I palliativa vårdssammanhang är det av stor betydelse att ha en ömsesidig förståelse om innebörden av begreppet livskvalitet. I den palliativa situationen bör de risker och biverkningar som behandlingen medför vägas mot vinster i form av bibehållen livskvalitet. Denna avvägning kan vara svår när behandlingen kan förväntas medföra en begränsning av överlevnaden. Patientens bedömning av livskvalitet bör vara vägledande för de åtgärder som kan bli aktuella (Petersson, Strang & Sjödén, 2005). Övergripande livskvalitetsmål i palliativ vård kan vara subjektiva, relationella och verksamhetsrelaterade. Exempel på subjektiva mål

kan vara lindring eller kontroll av smärta och obehagliga symtom samt lindring av lidande. Mål av relationell karaktär betyder att patienten har goda relationer med anhöriga och får känna gemenskap och tillhörighet. En annan typ av mål är verksamhetsrelaterad och innebär att skapa ett så aktivt liv som möjligt för patienten. Andra mål av betydelse för patientens välbefinnande och livskvalitet är värdighet, oberoende och kontroll samt autonomi (Brulde, 2003).

3.4 Etik

Ordet etik härstammar från det grekiska ordet *ethos* och betyder sed eller sedlighet. I antiken var moral och etik synonyma begrepp. Med moral avses idag mera det faktiska förhållningssätt som människan har till sig själv och medmänniskor. Etik innebär en reflektion över moral för att få svar på hur man på bästa sätt bör förhålla sig till sig själv och sina medmänniskor. Förhållandet mellan moral och etik kan beskrivas som att handlingar vi gör är moraliska medan vårt sätt att tänka är etiskt (Barbosa Da Silva, Berggren & Nunstedt, 2009). Att som sjuksköterska ha kunskap om etiken som ligger till grund för våra handlingar inom sjukvården är en förutsättning för att kunna handla så gott som möjligt. Vårdetiken har fyra huvudprinciper som handlar om autonomi, rättvisa, att inte skada samt att göra gott (Birkler, 2007). Patienter, anhöriga och personal utgör ett knippe relationer där intressekonflikter kan förekomma och faktiskt ofta förekommer. Att tydliggöra, hantera och om möjligt visa vägar till lösningen av konflikter är etikens uppgift. I den palliativa vården som ofta kräver etiska överväganden bör etiken fungera som utgångsläge och grund. Enligt direktiven är det personen respektive hennes livskvalitet i livets slutskede som skall stå i centrum (SOU, 2000:6).

3.5 Etiska dilemman

Ett etiskt dilemma kan uppstå i situationer där det kan vara värdefullt att handla på både det ena och andra sättet. Det kan därför vara svårt att avgöra vilken handling som är den mest värdefulla. Varje etiskt dilemma innehåller fyra komponenter: person, handling, konsekvens och mål. Mellan dessa fyra komponenter uppstår ofta värdekonflikt som utgör det etiska dilemman. Detta gör att sjuksköterskan måste bedöma vilket eller vilka av komponenterna som väger tyngst för att sedan kunna handla etiskt (Birkler, 2007). Sjuksköterska, patient och anhöriga kan ha olika syn på sjukdom och att vara sjuk, vilket kan leda till etiska dilemman då det inte alltid finns några klara alternativ som är rätt eller fel. Även förutfattade meningar och/eller kunskapsbrist kan orsaka etiska dilemman för sjuksköterskan (Beck-Friis & Strang, 2005).

3.6 Autonomi

Termen autonomi kommer från två grekiska ord. *Auto* betyder själv och *nomos* betyder regel eller lag. Ordagrant översatt betyder autonomi att självet sätter sina egna lagar (Birkler, 2007). Förr sågs vårdpersonal som en absolut auktoritet och betraktades som experter inom hälso- och sjukvård. Idag är situationen annorlunda, vård och behandling ifrågasätts mera av patienterna och behandling är nu inget tvång utan kan mera ses som ett erbjudande där patienten själv kan vara delaktig i beslut och diskussioner som rör patientens omvårdnad. Patientens krav på autonomi erkänns genom att patienten får ett ökat medinflytande. För sjuksköterskan innebär detta att patientens autonomi bör respekteras i de beslut som ska fattas. Sjuksköterskan ska enligt autonomiprincipen ansvara för att patienten får möjlighet att självständigt fatta beslut efter sina egna värderingar och behov. För att sjuksköterskan ska kunna respektera patientens beslut är det betydelsefullt att patienten får information om de konsekvenser som följer med olika beslut. Detta innebär att patientens autonomi inte bara handlar om att självständigt fatta ett beslut utan även om de förutsättningar som finns för att fatta ett autonomt beslut. Detta innebär att sjuksköterskans uppgift blir att informera patienten (Birkler, 2007). Enligt Beauchamp och Childress (2001) definieras autonomi som att kunna besluta om egna val, med full kunskap och utan inflytande av andras intressen eller påtryckningar. Autonomi innebär att godta människors förmåga att självständigt göra val och fatta beslut. En autonom individ är någon som gör val utifrån avsikt, förståelse och utan att andra kontrollerar dennes handlingar.

3.7 Sjuksköterskans roll i den palliativa vården

Det centrala för sjuksköterskan i palliativ vård är att agera och handla i patientens och de anhörigas intressen så långt det är möjligt. Han/hon behöver bred kunskap eftersom många saker ställs på sin spets för dessa patienter som att avancerade symtom uppkommer, relationer kan rubbas och existentiella frågor uppkommer. En stor del av sjuksköterskans roll handlar om att bygga upp förtroendefulla relationer, vilket kräver en förmåga att kunna anpassa sig till patientens nivå. I palliativ vård är det lätt att som sjuksköterska bli för engagerad eftersom den döende patienten och dess anhöriga är i ett stort hjälpbehov. Att vara professionell i den palliativa vården är att finna en balans så att relationen varken blir för ytlig eller för känslös. Kommunikation är en viktig del i sjuksköterskans roll. Viktigt i kommunikationen är alltid ödmjukhet och respekt för patientens beskrivning och upplevelse, även om patientens åsikt inte delas av sjuksköterskan. Han/hon bör visa följsamhet i kommunikationen genom att analysera vad patientens uttryck egentligen står för (Fredrichsen, 2005). Tyngdpunkten för en

holistisk omvårdnad som palliativ vård innebär, bör ligga på kommunikation och diskussion. En god kommunikation med patienten om dennes valmöjligheter är av stor betydelse för att ge patienten möjlighet till autonoma val. Att visa respekt för patientens autonomi innebär att patienten är central i beslutsfattandet vilket ger en personlig möjlighet till självbestämmande utifrån egna värderingar. I de situationer då patienten inte fullt ut kan medverka i beslutsfattandet bör beslutet delas med betydelsefulla anhöriga samt med vårdteamet för att kunna fatta självständiga beslut (Farsides, 1998). Rätten till självbestämmande stöds i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och betonas även i många riktlinjer för vårdens arbete (Sandman & Woods, 2003). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska bör han/hon ha förmåga att i dialog med patient och anhöriga ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). 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).

4 Problemformulering

Även om man som sjuksköterska inte arbetar på särskilda vårdinrättningar för palliativ vård så är det idag vanligt att ta hand om patienter i palliativa skeden (Socialstyrelsen, 2004).

Sjuksköterskan i den palliativa vården har ett stort ansvar att erbjuda patienten största möjliga livskvalitet och lindra dennes lidande. Sjuksköterskan har även ett ansvar att stödja patientens anhöriga vars lidande ibland kan överstiga patientens lidande (Beck-Friis & Strang, 2005).

Genom att se patienten som en unik människa och ta hänsyn till dennes önskan kan man som sjuksköterska stärka patientens autonomi och uppnå en högre livskvalitet. Då autonomi bygger på patientens subjektiva upplevelser är bevarandet av autonomi en stor utmaning för sjuksköterskan i den palliativa vården (Bart, Osse & Verooij-Dassen, 2005). Sjuksköterska, patient, anhöriga och annan sjukvårdspersonal kan ha olika syn på sjukdom och att vara sjuk, vilket kan leda till att sjuksköterskan har svårt att stödja patientens autonomi. Därför är det viktigt att undersöka sjuksköterskans roll i relation till patientens autonomi i den palliativa vården.

5 Syfte

Syftet är att belysa sjuksköterskans roll i relation till patientens autonomi i palliativ vård.

6 Metod

Uppsatsen genomfördes i form av litteraturstudie där kvalitativ och kvantitativ forskning studerades inom valt område och är gjord efter inspiration från Friberg (2006). En litteraturöversikt syftar till att sammanställa befintlig kunskap och forskning inom ett område, för att sedan belysa området och skapa ett utgångsläge för fortsatt forskning. En litteraturstudie innebär att ett identifierat problemområde utforskas genom systematisk kartläggning av aktuella artiklar inom området. Vald litteratur granskas avseende vetenskaplighet och adekvat innehåll analyseras och sammanställs sedan för att presenteras i form av ett resultat (Friberg, 2006).

6.1.1 Inklusionskriterier

Artiklarna som använts i analysen baserades på studier från år 1995 och framåt. Artiklarna skulle innefatta sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av etiska dilemman kring autonomi i den palliativa vården på sjukhus och hospice. Endast artiklar på det engelska språket valdes ut. Artiklarna skulle även vara vetenskapligt granskade originalartiklar.

6.1.2 Exklusionskriterier

Artiklar som handlade om pediatrik palliativ vård uteslöts då vi anser att detta behöver belysas separat. Artiklar som handlar om autonomi i samband med euthanasi exkluderades också då dödshjälp är förbjudet i de flesta länder och detta var inte avsikten i vår studie. Även de artiklar som var inriktade på specifika problemområden inom palliativ vård så som t ex. smärtlindring och nutrition valdes bort.

6.1.3 Sökningsförfarande och kvalitetsgranskning

Datansamlingen har gjorts under v.4-6, 2010, i databaserna Cinahl, PubMed, Elin och PsycINFO med sökorden palliative care, ethics och autonomy. Alla tillgängliga abstract lästes förutom där det tydligt framgick ur titeln att de inte mötte inklusionskriterierna. I Cinahl användes Cinahl Headings. Av sökorden *palliative care*, *ethics* och *autonomy* valdes "Headings" *hospice and palliative nursing*, *ethics nursing*, *patient autonomy*. Då detta endast gav 6 träffar varav ingen svarade mot vårt syfte gjordes en fritextsökning med samma sökord, vilket gav 99 träffar. Av dessa valdes 3 av artiklarna ut för granskning varav 2 användes. I databasen PubMed hittades 404 artiklar genom fritextsökning varav 12 valdes ut som svarade mot syftet. Efter granskning användes 5 artiklar. I sökmotorn Elin gjordes fritextsökning

vilken gav 32 träffar. 3 artiklar visade sig vara dubletter och 4 artiklar valdes ut för granskning varav ingen användes då det visade sig att de inte var uppbyggda på vetenskapliga studier. I databasen PsycINFO fick vi 424 träffar på sökorden varav 10 artiklar valdes ut för granskning och endast 1 artikel svarade mot syftet. Denna artikel valdes senare bort då den inte bedömdes vara en vetenskaplig studie. Manuella sökningar har även genomförts i samtliga utvalda artiklars referenslistor samt i relevant litteraturs referenslistor. I en artikels referenslista hittades 1 artikel som svarade mot vårt syfte men som efter granskning inte bedömdes vara en vetenskaplig studie. Vid granskningen av artiklarna bedömdes det att många av dem inte var uppbyggda på vetenskapliga studier och uteslöts därför.

Kvalitetsgranskningen är utförd enligt Willman och Stoltz, (2006) utifrån denna mall kvalitetsgranskade vi de 7 artiklarna självständigt och därefter diskuterade vi kvalitetsgranskningen tillsammans. Poängbedömningen av artiklarna gjordes utifrån de numererade ja/nej-frågorna där varje ja-svar värderades till ett poäng. Den maximala poängen för de kvalitativa artiklarna var 17 poäng. Artiklar med poäng mellan 12-17 bedömdes vara av hög kvalitet, artiklar med 6-11 poäng bedömdes vara av medelkvalitet och artiklar med poäng under fem bedömdes vara av låg kvalitet.

6.1.4 Urval

Tabell 1. **Litteratursökning i databaser**

Databas	Sökord	Antal Träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Urval	Använda artiklar
Cinahl	Hospice and palliative Nursing	2477				
	Ethics nursing	5972				
	Patient autonomy	3021				
	Hospice and palliative nursing AND ethics nursing AND patient autonomy	6	6	2	1	0
	Palliative care	13309				
	Ethics	25328				
	Autonomy	10733				
	Palliative care AND Ethics AND Autonomy	99	99	25	3	2 Nr: 1,6

Tabell 2.

Databas	Sökord	Antal Träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Urval	Använda Artiklar
PubMed	Palliative care	36909				
	Ethics	143046				
	Autonomy	26942				
	Palliative care AND Ethics AND Autonomy	404	404	37	12	5 Nr: 2,3,4,5,7

Tabell 3.

Databas	Sökord	Antal Träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Urval	Använda Artiklar
Elin	Palliative care	10065				
	Ethics	107051				
	Autonomy	30485				
	Palliative care AND Ethics AND Autonomy	32	32	11	7	0 (Nr: 2,3,4)

Antal inom parentes = dubletter.

Tabell 4.

Databas	Sökord	Antal Träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Urval	Använda artiklar
PsycINFO	Palliative care	9759				
	Ethics	65440				
	Autonomy	31777				
	Palliative care AND ethics AND autonomy	424	424	26	10	0

7 Analys

Dataanalysen är gjord efter inspiration från Friberg (2006). Samtliga 7 artiklar lästes enskilt igenom vid ett flertal tillfällen med fokus på sjuksköterskors etiska dilemman kring patientens autonomi i palliativ vård. Därefter diskuterades varje artikels innehåll ingående i relation till litteraturstudiens syfte och problemformulering. Fokus lades på likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Det som var relevant för studiens syfte markerades med olika färger för att underlätta kommande arbete. Utifrån markeringarna plockades sedan relevanta meningar och stycken ut som stämde överens med litteraturstudiens syfte, vilka kallas meningsbärande enheter. Enligt Granskär & Höglund-Nielsen (2008) utgörs meningsbärande enheter av stycken, meningar och ord av text som genom sitt innehåll och sammanhang hör ihop. Dessa meningsenheter utgör grunden för analysen. Därefter kondenserades de meningsbärande

enheterna. Enligt Willman & Stoltz, (2006) innebär kondensering att texten kortas ner och på så sätt blir lättare att hantera. Utifrån kondenseringen formulerades två huvudteman: sjuksköterskans roll inom kommunikation/information samt sjuksköterskans roll inom beslutsfattande/delaktighet med undertema sjuksköterskans roll gentemot patient, anhöriga och läkare. I kvalitativ innehållsanalys läggs fokus på att beskriva variationer genom att urskilja likheter och skillnader i textens innehåll. Dessa skillnader och likheter kan uttryckas i teman på olika nivåer. Ett tema kan utformas av underteman eller delas in i underteman (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

8 Forskningsetiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström (2003) bör etiska överväganden beträffande urval och presentation av resultat göras innan en systematisk litteraturstudie påbörjas. Etiska överväganden innebär att inkluderade studier ska vara granskade av en etisk kommitté eller föra ett noggrant etiskt resonemang. Alla resultat ska vara presenterade oavsett om dessa stöder hypotesen eller inte. De artiklar som används i en litteraturstudie ska arkiveras på ett säkert sätt i 10 år. I denna litteraturstudie var en av artiklarna som användes i studien inte granskad av etisk kommitté, men den förde ett etiskt resonemang. För övrigt utgår denna litteraturstudie från dessa kriterier.

9 Resultat

Tabell:

Huvudtema	Undertema
Sjuksköterskans roll inom kommunikation/information	Sjuksköterskans roll gentemot patient, anhöriga och läkare
Sjuksköterskans roll inom beslutsfattande/delaktighet	Sjuksköterskans roll gentemot patient, anhöriga och läkare

9.1 Sjuksköterskans roll inom kommunikation/information

9.1.1 Sjuksköterskans roll gentemot patient

Sjuksköterskor och läkare är skyldiga att ge patienten information om dennes tillstånd och de olika valmöjligheter till vård som finns att tillgå (Cimino, 2003; Hermsen & ten Have, 2005; McMillen, 2008; Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005; Woodward, 1998).

De olika valmöjligheterna bör grunda sig i meningsfull vård (Woodward, 1998). Det är betydelsefullt att sjuksköterskan är närvarande när läkaren informerar patienten om sitt tillstånd. Detta beroende på att sjuksköterskan ibland kan behöva utveckla information som läkaren givit patienten. Det beror även på att sjuksköterskan är mer tillgänglig för patienten än läkaren. Sjuksköterskorna upplever att det är lättare att vårda patienten om de hade varit närvarande när läkaren berättade för patienten om sin situation (Hermsen & ten Have, 2005). Tillgång till detaljerad och tydlig information är en förutsättning för att patienten ska kunna fatta autonoma beslut kring fördelar av en viss behandling. Patienten bör bli fullt informerad om sin sjukdom och alla behandlingsmöjligheter (Cimino, 2003; Hermsen & ten Have, 2005; McMillen, 2008; Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005; Woodward, 1998). Om sjuksköterskan inte lyckas diskutera alla möjliga scenarier med patienten så tas rätten till autonomi ifrån denne. Sjuksköterskors farhågor vad gäller behandlingsbeslut handlar om patienten har fått tillräcklig och adekvat information för att kunna fatta ett beslut. I Oberle och Hughes (2001) studie framkom att sjuksköterskorna ofta upplevde att läkaren inte hade informerat patienten tillräckligt vilket försvårade ett autonomt val. Bristande kommunikation var en stor orsak till vånda och omvänt är effektiv kommunikation en lösning på patientens problem. I studien av Johnston och Smith (2006) framkom kommunikation som en viktig aspekt i den palliativa vården. Detta för att kunna bedöma patientens behov och för att kunna ge lämpligt stöd när det behövs.

9.1.2 Sjuksköterskans roll gentemot anhöriga

Det ideala är att samtal som rör patientens situation bör genomföras i sällskap av någon anhörig som patienten litar på, vilket ger dem tillfälle att diskutera, stödja och styrka det som sagts. Då patienten i efterhand kan diskutera vad som sagts i lugn och ro med sin anhörig ger detta dem en förutsättning för autonomt val (Cimino, 2003). Som sjuksköterska bör det inte förutsättas att alla patienter vill att anhöriga ska vara en del av den palliativa vården eller att alla patienter tycker att deras mest intima förhoppningar och farhågor är lämpliga samtalsämnen vid närvaro av anhöriga. Det är viktigt att patientens val om integritet och autonomi tydligt framkommer och hänger samman med patientens personliga värderingar. Ett etiskt dilemma kan uppstå för sjuksköterskan då patienten inte vill dela information och beslutsfattande med anhöriga eftersom sjuksköterskan känner en skyldighet gentemot såväl patient som de anhöriga (Cimino, 2003; Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005; Oberle & Hughes, 2001). Många patienter delade inte värdet av familjefokuserad omvårdnad i palliativ vård vilket sjuksköterskorna i studien förespråkade. Patienterna i studien satte istället

ett högre värde på att bevara sitt privatliv och sin autonomi (Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005).

9.1.3 Sjuksköterskans roll gentemot läkare

Sjuksköterskor önskar att läkarna ska ta sig mer tid till att prata med patienten men också att läkarna bör lyssna mer på sjuksköterskans åsikter (Johnston & Smith, 2006; McMillen, 2008; Oberle & Hughes, 2001). Sjuksköterskor poängterar behovet av bättre kommunikation och större professionellt samarbete med läkarna med tanke på det moraliska handlandet.

Sjuksköterskor och läkare behöver även bättre förståelse för varandras etiska påfrestningar för att kunna stödja varandra (Oberle & Hughes, 2001). Läkaren är skyldig att informera patienten om allt som rör dennes vård och behandling om detta inte sker tas rätten till autonomi ifrån patienten. Då sjuksköterskan upplever att patienten fått för lite information om sitt tillstånd eller om olika behandlingsmöjligheter försvårar detta kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. En svår situation för sjuksköterskan är då läkaren, enligt sjuksköterskan givit patienten falska förhoppningar vilket gör att det är svårt för sjuksköterskan att svara på patientens frågor, ge information samt att följa det läkaren ordinerat (Hermsen & ten Have, 2005).

9.2 Sjuksköterskans roll inom beslutsfattande och delaktighet

9.2.1 Sjuksköterskans roll gentemot patient

Det finns ett samband mellan patientens autonomi och personalens krav och ansvar. Patienter bör se till vilka effekter och reaktioner som beslut kan ha på omgivningen (Cimino, 2003; Woodward, 1998). Ofta betonas begreppet autonomi som patientens rättigheter men när detta jämförs med sjuksköterskornas skyldigheter så uppkommer krav om att patienten bör vara välinformerad och att samtycke uppnås. Att vara autonom kan upplevas som en börda för patienten då det kan vara svårt att hitta en balans mellan önskan att välja och önskan eller att bli ledd. Patienter ska ha valmöjligheten att vara passiv och beroende av sjuksköterskor och läkare om så önskas då inte alla patienter har en önskan om att få sin autonomi respekterad (Woodward, 1998). Sjuksköterskor och läkare klargör att patientens autonomi har blivit en allt viktigare faktor i beslutsfattandet i den palliativa vården. Patienter är mindre hämmade vad gäller att uttrycka sina önsknings och behov än tidigare. Autonoma val och önsknings från patienten är av stor betydelse vad gäller beslutsfattande i palliativ vård. Frågan om att erbjuda eller fortsätta behandling som är meningslös för patienten är ett dilemma för läkare och sjuksköterskor. I dessa fall är motivet till behandling psykologiskt och inte medicinskt

(Hermsen & ten Have, 2005; Oberle & Hughes, 2001). Detta kan erbjudas för att ge patienten tid till att vänja sig vid tanken att all behandling är meningslös. Patienten kan behöva denna sista chans för att själv komma till insikt och för att själv kunna ta initiativet till att avbryta eller avstå behandling. En annan anledning som uppgavs till att fortsätta meningslös behandling är att ge patienten och anhöriga tid till att ta farväl. I de fall patienten inte kan medverka till autonoma beslut angående vård och behandling är det betydelsefullt att observera patientens reaktioner. Detta för att kunna besluta åt patienten med syftet att värdera livskvaliteten då patienten försämras. I de fall patienten vårdats under en längre tid är det möjligt att återskapa de önskningar som patienten uttryckte då han/hon kunde förmedla sig. Syftet med detta är att få välgenomtänkta och autonoma beslut (Hermsen & ten Have, 2005). Att visa respekt för patientens autonomi innebär att patienten är central i beslutsfattande vilket ger en personlig möjlighet till självbestämmande utifrån egna värderingar (Hermsen & ten Have, 2005; Oberle & Hughes, 2001). Patienter uttryckte ofta ett behov av att känna sig delaktiga och ha kontroll över sin sjukdom och sina beslut. De var oroade över att deras anhöriga skulle inkräkta på deras beslutsfattande, även de som var säkra på att deras anhöriga skulle respektera deras önskningar insisterade på att vara aktivt inblandade i beslutsfattandet. Patienterna uppgav ett behov av att ta eget ansvar över sina vårdbeslut, även om det innebar att de skulle behöva avskärma sig från sina närmaste. Behovet av att göra oberoende beslut var kopplat till en oro över bristande information om deras situation, vilket gjorde att patienterna efterfrågade mer tid för att få förklarat för sig vilka behandlingsalternativ som fanns att tillgå (Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005).

Beslut kring vård och behandling i palliativ vård är värdeladdad och problem kan uppstå angående vems värde som ska väga tyngst i varje situation och vilket värde som skulle ha haft mest inflytande på beslutet. Detta blev som mest påtagligt då patienten inte kunde uttrycka sin vilja och önskan, vilket gjorde att patientens autonomi blev svår att värna om. Om det inte var klart vad patienten skulle ha velat uppstod det ofta kollegiala diskussioner och delade meningar om vad som var patientens vilja (Oberle & Hughes, 2001). En lösning på detta problem kunde vara att patienten i ett tidigare skede fick diskutera hur de önskade att den sista tiden i livet skulle bli samt att detta skulle dokumenteras i ett så kallat levande testamente. Detta skulle leda till att patientens autonomi kunde värnas till livets slut. Det fanns dock ingen lagligt tvång att följa detta testamente men det kunde användas som övertygande bevis att styrka patientens önskningar (Cimino, 2003). Vid svår sjukdom är patienten extra sårbar och patientens frihet att handla som egen individ är minskad. Däri blir sjuksköterskans skyldighet att bevara patientens moraliska integritet genom att erbjuda information om tillstånd och de

alternativa omvårdnadsmöjligheter som finns att tillgå. Det är även viktigt att handla i samråd med patientens värderingar och dennes strävan efter en meningsfull livskvalitet (Woodward, 1998). Sjuksköterskor vill vara mera delaktiga kring beslutsfattandet. När ett fattat beslut inte delas av sjuksköterskan och behandlingen är meningslös upplever denne ett utökat lidande för patienten, vilket ansågs ovärdigt. I beslut om att avsluta behandling och övergå till palliativ vård krävs det att patient och anhöriga får tid att bearbeta sina känslor samtidigt som fördröjda beslut kan leda till att patienten nekades den palliativa vård som han/hon har rätt till.

Sjuksköterskor ansåg att de hade en skyldighet att främja patienters rättigheter genom att skydda dem från oförnuftiga beslut (McMillen, 2008).

9.2.2 Sjuksköterskans roll gentemot anhöriga

Sjuksköterskorna kände sig skyldiga att ta reda på anhörigas åsikter och stödja dem i beslutsfattandet (McMillen, 2008; Oberle & Hughes, 2001; Hermsen & ten Have, 2005). I de situationer då patienten inte fullt ut kan medverka i beslutsfattande bör beslutet delas med betydelsefulla anhöriga samt med vårdteamet. Etiska dilemman kan uppstå för sjuksköterskan då familjen vill delta i beslutsfattandet kring vård och behandling om dessa åsikter inte delas av patienten. I dessa fall finns det en etisk skyldighet att ta patientens vilja på allvar. Den person som patienten utsett som beslutsfattare har rätt att vägra eller acceptera vård och behandling. Dessa beslut ska respekteras på samma sätt som om det var patienten själv som fattade beslutet. När patienten inte kan föra sin talan förväntas familjen träda in och fatta besluten i enighet med patientens intressen och många av sjuksköterskorna oroade sig för att anhöriga ofta handlade utifrån egna intressen istället för patientens (Cimino, 2003; Oberle & Hughes, 2001). Patienterna uttryckte ett behov av att känna att de fortfarande hade kontroll över sig själva och sin sjukdom. Många patienter oroade sig för att familjen skulle tillskansa sig rätten till beslutsfattande. Även de patienter som kände sig säkra på att deras familjer skulle respektera deras vilja insisterade på att vara aktivt involverade i beslutsfattandet (Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005).

9.2.3 Sjuksköterskans roll gentemot läkare

Sjuksköterskorna upplevde det svårt att genomföra och leva med de beslut som fattats av läkaren och som inte stöds av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde ofta moralisk oro i situationer där de inte delade läkarens uppfattning om vad läkaren beslutat. Sjuksköterskor tenderade att döma läkarnas handlingar och beslut om det rätta beslutet tagits eller om rätt ordination givits. Sjuksköterskorna hade ofta klart för sig vad som var acceptabelt eller inte och funderade över hur säker läkaren var på sitt beslut, om det berodde på osäkerhet eller på

ovilja. Sjuksköterskorna upplevde det svårt när de bevittnade att läkarens beslut eller ordination orsakade mer lidande för patienterna. Sjuksköterskor upplevde att etiska problem ofta var relaterade till deras lägre position i hierarkin och därmed en oförmåga att kunna påverka beslut, vilket kunde leda till konflikter med läkare (Mc Millen, 2008; Oberle & Hughes, 2001). De upplevde att de förväntades vara tysta även om de bevittnade att läkaren fattat fel beslut. Att inte få ha inflytande i beslutsprocessen trots sin professionella och detaljerade förståelse för patientens tillstånd gjorde att sjuksköterskorna kände sig oförmögna att lindra lidandet för patienten. Detta ledde i sin tur till ett eget lidande för sjuksköterskorna (Oberle & Hughes, 2001). Då effektiv smärt- och symtombehandling kan leda till att förkorta patientens liv krävs att sjuksköterskor och läkare tänker igenom detta noggrant och diskuterar det med patient och anhöriga (Hermsen & ten Have, 2005). För sjuksköterskan uppstår ett etiskt dilemma då han/hon måste följa läkarens ordination trots att hon/han anser att behandlingen är meningslös och ser att detta orsakar ännu mera lidande för patienten (McMillen, 2008; Oberle & Hughes, 2001). För att fatta ett beslut om fortsatt eller avbrytande av behandling krävs det att sjuksköterskor och läkare noggrant observerar och diskuterar om behandlingen är adekvat (McMillen, 2008). Högsta möjliga livskvalitet i livets slut kunde uppnås genom en strävan efter en gemensam beslutsprocess mellan alla inblandade i patientens vård och behandling (Hermsen & ten Have, 2005).

10 Diskussion

10.1 Metoddiskussion

Cinahl, Pubmed och PsycInfo är de mest användbara databaserna när man söker efter omvårdnadsforskning (Polit och Beck, 2004). Vi använde oss av dessa då vi ansåg att de var relevanta för vår studie. Sökningar gjordes även i sökmotorn Elin. Vid sökning i databasen Cinahl användes Cinahl headings vilket bara gav ett fåtal träffar. Istället använde vi oss av fritextsökning där sökorden kombinerades med den booleska sökoperatören AND som enligt Forsberg och Wengström (2003) kan användas för att hitta referenser som innehåller alla sökorden. Vi upptäckte att vi hade kunnat använda oss av andra sökord och därigenom hittat flera artiklar samt att de artiklar som hittats i en databas även kunnat påträffas i de övriga databaserna. Vi trodde dock att om samma sökord användes i alla databaser skulle detta vara systematiskt och därmed öka trovärdigheten. Vid artikelsökningen hittades många artiklar som handlade om sjuksköterskans roll och patientens autonomi men flertalet av dessa handlade om dödshjälp, smärtlindring och parenteral nutrition i palliativ vård. Då vårt syfte med denna litteraturstudie inte var att belysa några specifika ämnen valdes dessa bort. I

efterhand kan vi se att det hade möjligen varit fördelaktigt att ha inkluderat dessa eftersom vi kanske har gått miste om resultat som också kunnat svara på syftet samt haft betydelse för litteraturstudiens trovärdighet genom att flera artiklar hade hittats. Samtliga artiklar var skrivna på engelska som kan leda till tolkningssvårigheter då vi kan ha tolkat texten på olika sätt. Eftersom artiklarna granskats enskilt och sedan diskuterats ökar trovärdigheten. Detta kallas triangulering då två författare separat granskar artiklarna och därefter samtalar om resultatet. Detta leder till en minskad risk för bias och ger en helhetsbild (Polit & Beck, 2004). Inkluderade artiklar i studien bygger på både större och mindre undersökningsgrupper samt att de redovisar liknande resultat. Enligt Willman & Stoltz (2006) ökar detta litteraturstudiens trovärdighet. En av artiklarna (Cimino, 2003) som användes i litteraturstudien är inte granskad av etisk kommitté. Vi valde att inkludera artikeln då den hade hög trovärdighet genom att den innehöll en metodbeskrivning och förde etiskt resonemang. Artikeln bygger på en tidigare utförd studie inom området där författaren diskuterar studiens resultat. Att vi inkluderade denna artikel kan ha påverkat trovärdigheten något men å andra sidan gav artikeln oss värdefull information som vi ville använda oss av och som inte framkom ur någon annan artikel. Vi använde oss av Willman och Stoltz (2006) kvalitetsgranskningsmall. Vid granskningen av artiklarna bedömdes det att många av dem inte var uppbyggda på vetenskapliga studier och uteslöts därför. Av de sju artiklar som användes i vår studie bedömdes sex av dem att vara av hög kvalitet och en av medelkvalitet. Detta kan bero på att vi är nybörjare inom området och därför tänkbart att vi varit något frikostiga i vår bedömning. Trots att resultatet endast bygger på sju artiklar ger det ett omfattande och mångfacetterad bild av området vi undersökte. Artiklarna i vår litteraturstudie kommer från olika kulturer i Europa, Nordamerika och Australien men vi uppfattar att de trots detta är relevanta för den svenska palliativa vården. Det hade varit önskvärt att hitta en för syftet aktuell svensk artikel för att jämföra skillnader och likheter med de utländska artiklarna vi inkluderat. Vi uppfattar resultatet överförbart inom svensk palliativ vård för att dessa länder har sjukvård som liknar den svenska. Överförbarhet avgörs om studiens resultat går att överföra på andra sammanhang och pålitligheten av resultatet i studien (Polit & Beck, 2004).

10.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans roll i relation till patientens autonomi i palliativ vård. Ur resultatet framkom att sjuksköterskan kan hamna i etiska dilemman då han/hon måste göra val som påverkar patientens autonomi i den palliativa vården då det inte alltid finns klara alternativ som är rätt eller fel.

10.2.1 Etiska dilemman som sjuksköterskan kan ställas inför vid bevarandet av patientens autonomi i den palliativa vården

Det är viktigt att sjuksköterskor och läkare informerar patienten om sitt tillstånd och olika valmöjligheter till vård och behandling för att ge patienten möjlighet att bevara sin autonomi, vilket styrks av Woodward (1998) samt av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där det står att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. I resultatet framkommer att sjuksköterskors farhågor handlade om patienten hade fått tillräcklig och adekvat information för att fatta ett autonomt beslut (Cimino, 2003; Hermsen & ten Have, 2005; Johnston & Smith, 2006; Oberle & Hughes, 2001; Woodward, 1998).

Av vår litteraturstudie framkom det att bristande kommunikation och samarbete mellan sjuksköterska och läkare var en orsak till att etiska dilemman uppstod bland sjuksköterskor. Sjuksköterskorna upplevde frustration då de inte hade lika åsikter om patientens behandling som läkaren samt att de inte hade möjlighet att påverka läkerens beslut. Att utföra ordinationer som sjuksköterskan uppfattade som felaktiga och som bidrog till ännu mer lidande för patienten upplevdes av sjuksköterskorna som påfrestande (McMillen, 2008; Orbele & Hughes, 2001). Detta förtydligar vikten av god kommunikation för att läkare och sjuksköterskor ska kunna arbeta mot samma mål i den palliativa vården. Detta styrks av Hermsen & ten Have (2005) som menar att behandlingens mål och konsekvenser bör vara klara och att sjuksköterskor och läkare regelbundet bör utvärdera patientens livskvalitet och bedöma om behandlingen är medicintekniskt genomförbar. Sjuksköterskans roll är att vara patientens förespråkare och delta i möten med läkaren och på så sätt värna om att patientens autonomi respekteras. I Oberle & Hughes (2001) studie framkom det att sjuksköterskorna efterlyste att läkaren skulle ta sig mer tid för samtal med patienten och att sjuksköterskans åsikter skulle diskuteras och vägas in i läkarens beslut. Sjuksköterskorna i studien menade att detta skulle leda till ett bättre samarbete och ökad förståelse för varandras etiska påfrestningar vilket även främjar patientens autonomi. Sjuksköterskor oroade sig för om patienten verkligen hade varit delaktig i beslut om sin vård och behandling, speciellt om sjuksköterskan ansåg att behandling eller icke behandling orsakade mer lidande för patienten. I dessa situationer upplevde sjuksköterskorna svårigheter i att följa läkarens ordination (Hermsen & ten Have, 2005; McMillen, 2008; Orbele & Hughes, 2001). Detta bidrar till en svår situation för sjuksköterskan då den palliativa vården syftar till att lindra lidande. Samtidigt är det läkarens ordination han/hon måste följa, vilket kan leda till att sjuksköterskan kan uppleva sitt arbete som meningslöst. Sjuksköterskan bör ha mera inflytande i beslut om behandling då han/hon är den som innehar information om patienten och även är medveten om anhörigas synpunkter.

Enligt Hermsen & ten Have (2005) ansåg sjuksköterskor i studien att en lösning på detta problem kunde vara att sjuksköterskan var närvarande då patienten fick information av läkaren. Det skapar bättre förutsättningar för sjuksköterskan att ge adekvat omvårdnad då han/hon oftast är bättre insatt i patientens situation. I resultatet betonades vikten av effektivt teamarbete vilket i slutändan även gynnade patienten (Cimino, 2003; Johnston & Smith, 2006; McMillen, 2008; Orbele & Hughes, 2001). Sjuksköterskor uppfattade läkarens auktoritet som en orsak till att patienter inte vågade uttrycka sin vilja och menade att sjuksköterskor lättare respekterade patientens egna beslut (Oberle & Hughes, 2001). I de fall sjuksköterskorna ansåg att fel behandling valts upplevde sjuksköterskor att de bidrog till patientens lidande. Detta ledde till ett etiskt dilemma för sjuksköterskor då de inte ville skada varken patient eller anhöriga (McMillen, 2008; Oberle & Hughes, 2001). Detta tycker vi stämmer väl överens med våra egna erfarenheter då vi under vår verksamhetsförlagda utbildning bevittnat hur sjuksköterskor hamnat i etiska dilemman då de inte delat läkarens uppfattning vid beslut som rör patientens vård och behandling.

Typen och kvaliteten på kommunikationen med patient och anhöriga är av stor betydelse för sjuksköterskan för att inte hamna i etiska dilemman. Detta bekräftas av Friedrichsen (2005) som menar att uppgifter om sjukdomen och dess prognos samt på vilket sätt den ges är betydelsefullt för att ett beslut ska kunna fattas. Enligt Kirkevold och Nortvedt (2006) kan sjuksköterskan hamna i etiskt svåra situationer med motstridande krav vilket förutsätter en god kommunikations- och samarbetsförmåga mellan de som är inblandade i patientens vård. Enligt Woods (2003) är kommunikationsprocessen grundläggande för att kunna bevara patientens autonomi. För att kunna erbjuda en bra vård är det av betydelse att sjuksköterskan genom kommunikation skaffar sig vetskap om patientens personliga mål och målen för behandling för att ge ärlig och uppriktig vård till livets slut. Det viktiga i kommunikationen är att sjuksköterskan kan visa ödmjukhet och respekt för hur patient och anhöriga upplever situationen även om sjuksköterskan själv är av en annan åsikt. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) bör sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera med patienter, anhöriga och personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt samt att i dialog med patient och anhöriga ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling.

Då patientens förmåga att kommunicera är nedsatt behöver sjuksköterskan ha en förmåga att tyda patientens uttryck för t ex lidande. Eriksson (1994) menar att lyhördhet för människans symbolspråk är av betydelse för att kunna förstå människans lidande. Detta kan leda till ett etiskt dilemma för sjuksköterskan då patienten å ena sidan säger en sak men å andra sidan ger

uttryck för en annan. Svårigheten för sjuksköterskan blir då vilket av dessa alternativ som väger tyngst. Enligt Kirkevold & Nortvedt (2006) är det särskilt viktigt att informera patienten om konsekvenserna av det ena eller andra beslutet samt att i möjligast mån ta reda på motivet bakom beslutet för att som sjuksköterska kunna rätta till eventuella missuppfattningar och okunskap.

I resultatet framkommer att det som sjuksköterska är viktigt att inte ta för givet att patienten vill dela all information med sina anhöriga. Ett etiskt dilemma kan uppstå för sjuksköterskan då patienten inte vill dela informationen med anhöriga eftersom sjuksköterskan känner en skyldighet att även informera och stötta anhöriga samt att svara på deras frågor (Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005). Cimino (2003) skriver däremot att det ideala samtalet som rör patientens situation bör genomföras i sällskap av någon anhörig som patienten litar på. Detta menar författaren skulle kunna öka förutsättningarna för autonoma val då de kan diskutera det som sagts och stödja patienten. Det är av vikt att sjuksköterskan tar reda på patientens önskan vad gäller anhörigas inblandning i dennes vård och behandling. Enligt Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis (2005) sätter patienterna ett högre värde på att bevara sitt privatliv och sin autonomi och delar inte sjuksköterskans värde av familjefokuserad omvårdnad i palliativ vård. Det är viktigt för patienten att få känna ett eget ansvar vad gäller beslutsfattandet. Många patienter uttryckte ett behov av självständiga beslut och en rädsla för att anhöriga skulle inkräkta på beslutsfattandet (Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005). Patienter fattar ibland beslut efter att ha blivit påverkade av sina anhöriga. Sjuksköterskans uppgift blir då att undersöka vad detta beror på, om det beror på att patienten vet för lite eller om patienten är så pass försvagad att han/hon är oförmögen att fatta ett autonomt beslut (Cimino, 2003). När patientens önskan skiljer sig från de anhörigas hamnar ofta sjuksköterskan i etiska dilemman. I dessa situationer bör sjuksköterskan ha mod att gå in i diskussionen och tydliggöra att det är patientens vilja som väger tyngst. Detta styrks av Oberle och Hughes (2001) som menar att sjuksköterskan har en etisk skyldighet att ta patientens vilja på allvar. I de fall patienten inte kan medverka till beslut och de anhöriga förväntades fatta beslut om patientens fortsatta behandling, upplevde sjuksköterskorna en oro över om de anhöriga fått tillräcklig information för att fatta beslut enligt patientens vilja. Sjuksköterskorna i studien påtalade att erbjudandet om meningslös behandling gav de anhöriga falska förhoppningar vilket försvårade sjuksköterskornas arbete. Falska förhoppningar menade sjuksköterskorna kunde orsaka onödigt lidande för patienten och de anhöriga. Eriksson (1994) beskriver anhörigas lidande som något som kan överstiga patientens eget lidande. McMillen (2007) beskriver sjuksköterskors viktiga uppgifter att hjälpa anhöriga att förstå vad som händer och

att förbereda dem på försämring av patientens tillstånd. Sjuksköterskan kan stödja de anhöriga genom att bekräfta dem i deras roll och att även om de inte kan vara involverade i alla beslut som rör patienten så fyller de ändå en viktig funktion. I Cimino, (2003) framkom att det kan vara betydelsefullt att patienten har anhöriga de litar på närvarande när information om behandlingsalternativ ska ges. Detta för att ge patienten möjlighet att i lugn och ro fatta ett beslut och undvika missförstånd. Milberg (2005) skriver att anhöriga har ofta en önskan om att göra något för och visa omsorg om patienten. Då är det viktigt att sjuksköterskan tar tillvara på de anhöriga. De behöver bekräftas, få information anpassad till sig som individer och få hjälp med att se möjligheter att göra gott för patienten. Næss (1987) beskriver att gemenskap är en nödvändighet för att uppnå livskvalitet. Hon betonar vikten av att få känna gemenskap med en grupp. Det är väsentligt för patientens livskvalitet att hon/han får känna tillhörighet och gemenskap med sina anhöriga vilket styrks av Brulde (2003) som menar att mål av relationell karaktär som goda relationer till nära och kära, gemenskap och tillhörighet har betydelse för upplevelsen av patientens livskvalitet.

I resultatartiklarna framkom det även att i de fall sjuksköterskan upplever att patienten inte fått tillräcklig och adekvat information och fattat ett beslut som enligt sjuksköterskan känns felaktigt kan detta leda till ett etiskt dilemma för sjuksköterskan. Det etiska dilemma uppkommer då sjuksköterskans uppgift i palliativ vård handlar om att lindra lidande och bevara eller öka livskvalitet för patienten. Om sjuksköterskan då upplever att behandlingen är meningslös upplever hon/han ett onödigt lidande uppstår för patienten. Sjuksköterskor bör ha mod att möta patientens lidande för att kunna lindra det och att genom kommunikation skapa en god vårdrelation. Eriksson (1997) menar att utan en god vårdrelation mellan sjuksköterska och patient blir det ingen god vård. Sjuksköterskor upplevde att de hamnade i etiska dilemman då de bevittnade patientens lidande och kände osäkerhet över att det beslut som fattats av andra motsvarade patientens vilja (Orbele & Hughes, 2001). Enligt Eriksson (1994) kan sjuksköterskan åstadkomma lidande för patienten genom att utöva makt och kan innebära att patienten tvingas till något som hon/han inte själv skulle välja.

Livskvalitet är ett centralt begrepp i palliativ vård där patientens kontroll och valfrihet över sina handlingar är betydelsefullt. Eftersom livskvalitet är en subjektiv upplevelse är god kommunikation av yttersta vikt. Næss (1987) menar att kontroll över sina handlingar och valfrihet är av stor betydelse för patientens upplevelse av livskvalitet. I flera av studierna framkom det att patienterna värdesatte att ha kontroll över sin situation (Oberle & Hughes, 2001; Terry, Olson, Wilss & Boulton-Lewis, 2005; Woodward, 1998). För att undvika negativ inverkan på patientens livskvalitet är det av betydelse att sjuksköterskan kan hjälpa

patienten att finna en balans mellan att vara självständig och att acceptera sitt behov av hjälp (Cimino, 2003; Johnston & Smith, 2006; Oberle & Hughes, 2001). Att ha inflytande i och vara delaktig i beslut var något som värderades högt hos patienterna i den palliativa vården (Cimino, 2003). Enligt Hermsen & ten Have (2005) har patientens autonomi ett högt värde i den palliativa vården men lyhörddhet för om patienten hellre vill bli ledd av sjuksköterskan är av stor betydelse. Många gånger utgår sjuksköterskor ifrån att patienten vill bestämma och styra över sin vård och behandling men det kan finnas patienter som sätter ett högre värde på att förlita sig på sjuksköterskans kunskaper. Ett sätt att underlätta för läkare, sjuksköterskor och anhöriga var enligt Cimino (2003) att upprätta ett "levande testamente" medans patienten fortfarande kan föra sin talan. Testamente kunde användas som övertygande bevis av patientens önskningsar. Detta skulle underlätta sjuksköterskans arbete då han/hon är säker på att det är patientens vilja som styr samtidigt som detta kan bidra till ett lindrat lidande och bevarad livskvalitet för patienten.

11 Slutsats

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans roll i relation till patientens autonomi i palliativ vård. Vårt resultat bekräftar att sjuksköterskan hamnar i situationer då hon måste göra val som påverkar patientens autonomi. Dessa situationer visade sig leda till etiska dilemman för sjuksköterskan då det inte alltid fanns klara alternativ som var rätt eller fel. Resultatet visar även att kommunikation och information har en stor betydelse för att patienten ska kunna fatta ett autonomt beslut. Effektiv kommunikation och teamarbete är en förutsättning för en god palliativ vård. Etiska dilemman kan uppstå då sjuksköterskan inte delar läkarens uppfattning då beslut ska fattas. Sjuksköterskors lägre position i hierarkin framkommer som en orsak till att sjuksköterskan inte kan företräda patientens autonomi inför läkaren. Litteraturstudien kan bidra till en bättre förståelse för betydelsen av god kommunikation och teamarbete för att kunna minska de etiska dilemman sjuksköterskan kan ställas inför då hon vill bevara patientens autonomi i den palliativa vården.

12 Framtida forskning

Det framkom i vår studie att nyutbildade sjuksköterskor upplevde att de hade mindre inflytande än erfarna sjuksköterskor vad gäller beslutsfattande i palliativ vård. Eftersom vi själva snart är färdiga sjuksköterskor vore det intressant om ny forskning kring detta kunde komma fram till varför nyutbildade sjuksköterskors kunskaper inte värderas högre av läkare. Vi tycker att det vore intressant om en svensk studie gjordes inom vårt valda område för att kunna bedöma vårt resultat med överförbarheten till svensk palliativ vård.

13 Referenser

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur

Barbosa Da Silva, A., Berggren, I., & Nunstedt, H. (2009). *Omvårdnadshandledning- ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Bart, H.P., Osse, M., & Vernooij-Dassen, F. (2005). Patient autonomy problems in palliative care: Systematic development and evaluation of a questionnaire. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 264-270.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics 5th ed.* Oxford: Oxford University Press Inc.

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). Inledning. B. Beck-Friis och P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (s. 13-14). Stockholm: Liber.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Broström, L. (2003). När och varför bör patientens vilja respekteras? L. Sandman & S. Woods (Red.), *God palliativ vård- etiska och filosofiska aspekter* (s. 123- 146). Lund: Studentlitteratur.

Brulde, B.(2003). Lindrat lidande som den palliativa vårdens huvudmål. L. Sandman & S. Woods (Red.), *God palliativ vård - etiska och filosofiska aspekter* (s. 55-82). Lund: Studentlitteratur.

Cimino, J.E. (2003). A clinician's understanding of ethics in palliative care: an American perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 46, 17-24.

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

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Camilla Andersson & Britt Pernius
T6

Farsides, CCS. (1998). Autonomy and its implications for palliative care: a northern European perspective. *Palliative Medicine*, 12, 147-151.

Fridegren, I., & Lyckander, S. (2009). *Palliativ vård*. Stockholm: Liber.

Friedrichsen, M. (2005). Sjuksköterskan i den palliativa vården - en roll av anpassning och balans. B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (s. 377-382). Stockholm: Liber.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hermesen, M., & ten Have, H. (2005). Decision making in palliative care practice and the need for moral deliberation: a qualitative study. *Patient Education and Counselling*, 56, 268-275.

Johnston, B., & Smith, L.N. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 700-709.

Kirkevold, M., & Nortvedt, P. (2006). Framtidens omvårdnad - nya arenor och ändrade villkor. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad 4* (s. 219-233). Stockholm: Liber.

Mathisen, J. (2005). Livets slut. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad 3*, (s. 271-319). Stockholm: Liber.

McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(4), 251-259.

Millberg, A. (2005). Anhöriga vid palliativ vård. B. Beck-Friis & P. Strang (Red), *Palliativ medicin*, (s. 147-154). Stockholm: Liber.

Næss, S.(1987) *Quality of life research*. Oslo: Institute of Applied Social Research; 1987.

Nationalencyklopedin. [Elektronisk]. Tillgänglig:< <http://www.ne.se/livskvalitet> >. [2010-02-14].

Camilla Andersson & Britt Pernius
T6

Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707-715.

Petersson, L-M., Strang, P., & Sjødén, P-O. (2005). Livskvalitet och livskvalitetsmätning. B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (s.21-32). Stockholm: Liber AB.

Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research- principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sandman, L., & Woods, S. (2003). *God palliativ vård- etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. [Elektronisk], Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: < <http://rixlex.riksdagen.se/> >. Sökväg: SFS 1982:763. [2010-04-11].

Silfverberg, G. (2007). *Hemmets vårdetik. Om vård av äldre i livets slutskede*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.sos.se> . Sökväg: Publicerat. [2010-02-28].

Socialstyrelsen. (2004). *God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Bergslagens grafiska AB: Lindesberg.

SOU 2000:6. *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Statens offentliga utredningar. [Elektronisk]. Stockholm: Socialdepartementet. Delbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede. Tillgänglig: ><http://www.regeringen.se/content/1/c4/28/67/9cd6bc6a.pdf>< . Sökväg: Publicerat. [2010-02-18].

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - värdig vård i livets slut*. Statens offentliga utredningar. [Elektronisk]. Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede. Stockholm:

Camilla Andersson & Britt Pernius
T6

Socialdepartementet. Tillgänglig:<http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf>.

Sökväg: Publicerat. [2010-02-18].

Terry, W., Olson, L.G., Wills, L., & Boulton-Lewis, G. (2005). Experience of dying: concerns of dying patients and of carers. *Internal Medicine Journal*, 36, 338-346.

Widell, M. (2003). *Lindrande vård – vård i livets slutskede*. Stockholm: Bonnier Utbildning.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Woodward, V.M. (1998). Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1046-1052.

World Health Organization (WHO). (2009). *Definition of palliative care*. [Elektronisk]
Hämtad: 2010-02-08 från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/>

Mall för kvalitetsbedömning av kvalitativ metod

Protokoll för kvalitetsbedömning

Beskrivningen av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska

Antal

Ålder

Man/Kvinna

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant?

Ja Nej Vet ej

- Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

- datainsamling tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

- analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad?

Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande

till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/ -n fenomen/upplevelse/mening

Beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dåligt

Kommentar

.....
.....

Granskare sign:

Referensnr Publicationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Resultat & Kvalitet
1 2001 Canada	Oberle, K. Hughes, D	Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions.	Att identifiera och jämföra läkares och sjuksköterskors uppfattningar om etiska problem som kan uppstå vid vård i livets slut.	Kvalitativ deskriptiv ansats där sjuksköterskor och läkare deltog i intervjuer. n= 14 ssk och 7 läkare	Etiska problem för deltagarna var att se patienten lida och känna osäkerhet över de beslut som fattades med hänsyn till patient och anhöriga. Huvudsaklig skillnad mellan grupperna var att läkarna var ansvariga för beslut och sjuksköterskan måste finna sig i besluten. Hög kvalitet.
2 2003 USA	Cimino, J.E	A clinician's understanding of ethics in palliative care: an American perspective.	Beskriva de etiska aspekterna kring autonomi, informerat samtycke, "medicinsk fullmakt," meningslöshet medicinsk insats, dödshjälp och smärtlindring i palliativ vård.	Kvalitativ studie. Under 18 månader pågick en undersökning i form av frågeformulär där läsaren ombads att välja mellan 4 av 11 påståenden som skulle vara av störst betydelse för dem, om de diagnostiserades för en dödlig sjukdom. n = 1080 besökare på Palliative Care Institute	Det som hade störst betydelse och som valdes främst bland alternativen var att ha inflytande i beslut vad gäller den egna omvårdnaden. Medel kvalitet.

Refersensnr Publicationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Resultat Kvalitet
3 1998 England	Woodward, V.M.	Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism.	Att utforska värdet av etiska principer och dess begränsningar.	Kvalitativ studie, Induktiv ansats med semistrukturerade intervjuer N= 6 sjuksköterskor N= 7 barnmorskor	Att allt för stor vikt på patientens autonomi och rädsla för paternalism kan underminera andra etiska principer. Hög kvalitet.
4 2005 Australien	Terry, W Olsson,L.G Wilss, L Boulton- Lewis, G	Expeience of dying: concerns of dying patients and of carers.	Beskriva orosområden och olika problem som kan uppstå vid vård i livets slut ur patient och vårdpersonals perspektiv.	Kvalitativ studie. Intervjuer av patienter och vårdpersonal på hospice. n = 36 patienter och 18 vårdpersonal.	De orosområden som framkom handlade för patienterna om integritet och autonomi, svårighet att få relevant information i rätt tid, att handskas med önskan om att förkorta livet. Bland vårdarna handlade oron om brist av information om patientens sjukdom, svårigheter att tolka fysiska och känslomässiga förändringar i livets slut. Hög kvalitet.

Artikelmatris

Referensnr Publicationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Resultat Kvalitet
5 2006 Skottland	Johnston, B Smith, L.N	Nurses´and patients´perceptions Of expert palliative nursing care	Undersöka patienter och sjuksköterskors uppfattningar om palliativ vård och vad som skiljer uppfattningarna åt, samt vad som kännetecknar en specialistsjuksköterska i palliativ vård.	Fenomenologisk, kvalitativ ansats. 5 år lång studie på 2 sjukhus och 2 hospice. Patienter och sjuksköterskor intervjuades. N= 22 sjuksköterskor N= 22 patienter	Vad som kännetecknar en specialistsjuk- sköterska i palliativ vård är att kunna gå in i relation till patienten, god kommunikations- kunskap, erbjuda tröst och vetskap. Hög kvalitet.
6 2005 Holland	Hermesen, M ten Have, H	Decision-making in palliative care Practice and the need for moral deliberation: a qualitative study.	Belysa avgöranden om fortsatt vård eller ej samt diskutera på vilket sätt vårdgivare handskas med dessa frågor, dels mellan personal och dels tillsammans med patienten.	Kvalitativ studie med 15 semi-strukturerade intervjuer med vårdgivare som arbetar inom 5 olika vårdmiljöer. Läkare, sjuksköterskor och ”skötare” deltog. Intervjuerna varade mellan 1- 1,5 timma och kodades.	När bot eller behandling ej längre är möjligt, är det viktigt att ha en tydlig strategi att följa i besluts- fattandet för att underlätta för patient, anhöriga och kollegor. Detta för att optimera livskvaliteten. Hög kvalitet.

Artikelmatris

Referensnr. Publicationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Resultat Kvalitet
7 2008 England	McMillen, R.	End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences	Undersöka sjuksköterskors upplevelser av sin egen roll då beslut om fortsatt kurativ eller palliativ vård ska tas samt hur detta påverkade dem.	Kvalitativ studie med grounded theory som ansats. Datainsamling genom semistrukturerade intervjuer. N= 8 sjuksköterskor på intensivvårdsavdelning.	Sjuksköterskor vill ha stöd och ansvar för att kunna ge god palliativ vård. Erfarna sjuksköterskor kände sig tryggare i dessa beslut än de mindre erfarna. Hög kvalitet.