



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

När svåra beslut måste fattas kring vård i livets slutskede

- En systematisk litteraturöversikt över upplevelser av det interprofessionella samarbetet inom intensivvården

Karin Björk & Matilda Lanner

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5330
Nivå:	Avancerad Nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Hanna Falk Erhag

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka intensivvårdsavdelning 343 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och specialistsjuksköterska Maria Fredriksson för bidragande hjälp vid val av ämne. Det har varit en intressant process att skriva om beslutsprocessen kring vård vid livets slutskede. Vi vill också tacka specialistsjuksköterska Alexander Olausson som fungerat som bollplank och stöttat oss genom processen. Ett stort tack till Lotta Johansson som handlett oss under hela skrivprocessen. Du har hjälpt oss igenom denna mycket speciella uppsatsperiod och bidragit till bra reflektioner och hjälpt oss framåt i processen. Vi hade inte klarat det utan dig. Tack till Bengt Lanner som korrekturläst med exceptionell noggrannhet. Sist, men inte minst, vill vi tacka varandra för ett fantastiskt samarbete, gott tålamod och ett och annat gott skratt.

Titel (svensk):	Beslutsfattandet av vårdbegränsningar. Intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelse av det interprofessionella samarbetet.
Titel (engelsk):	End of life decision-making. Critical care nurses and physicians experiences of interprofessional collaboration.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5330
Nivå:	Avancerad Nivå
Termin/år:	VT/2021
Författare	Karin Björk & Matilda Lanner
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Hanna Falk Erhag

Sammanfattning

Bakgrund: Inom intensivvården är vård vid livets slutskede en del av det dagliga arbetet. Processen att övergå från kurativ behandling till vård vid livets slutskede kräver ett beslutsfattande av ansvarig läkare. Ett beslut som förändrar vårdens inriktning från livsuppehållande behandling till att fokusera på symtomlindring. Beslutsprocessen börjar när misstanke finns att den kurativa vården inte längre är fördelaktig för patienten. Hela vårdteamet runt patienten, inklusive intensivvårdssjuksköterskor och läkare inkluderas i beslutsprocessen och bidrar med specialiserad kompetens utifrån sin yrkesprofession. **Syftet** med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelser av samarbetet i samband med beslutsfattandet vid vård i livets slutskede. **Metod:** Systematisk litteraturoversikt med kvalitativ ansats genomfördes för att besvara syftet. **Resultat:** I resultatet beskrivs beslutsfattandet kring vård i livets slutskede som en komplex process. Delat beslutsfattande är ett område där det råder delad mening kring hur delaktig intensivvårdssjuksköterskan är i processen. Flera intensivvårdssjuksköterskor och läkare beskriver att beslutsprocessen ofta drar ut på tiden eftersom det är flera olika parter involverade, samt att dokumentationen kring beslutsfattandet inte journalförs tillräckligt. Intensivvårdssjuksköterskor och läkare lyfter faktorer som är väsentliga för att samarbetet under denna process ska fungera optimalt. Dessa faktorer är öppen kommunikation, tydlig dokumentation och ett arbetsklimat med högt i tak. **Slutsats:** När beslut skall tas om vårdbegränsningar inom intensivvården upplever intensivvårdssjuksköterskor och läkare att beslutsprocessen är mer eller mindre problematiskt. Det är en komplex beslutsprocess och tidpunkten för beslutet är svår. Intensivvårdssjuksköterskor och läkare upplever vårdteamets involvering i beslutsprocessen olika, vilket gör processen problematisk. God interprofessionell kommunikation med högt i tak mellan yrkeskategorierna är en förutsättning för ett gott samarbete under beslutsprocessen.

Nyckelord: beslutsfattande, intensivvård, interprofessionellt samarbete, vård vid livets slutskede

Abstract

Background: End-of-life care is a common part of the work within the intensive care unit. The transitioning process from an active treatment to end-of-life care demands a decision made by the responsible physician. This decision changes the path of the care from life supportive treatment to palliative care. The process of making this decision begins when the active treatment is no longer assessed as appropriate for the patient. The entire team surrounding the patient, including intensive care nurses and physicians, should be a part of making this decision by contributing with the expertise within their fields.

Aim: The aim of this study was to examine the experiences of intensive care nurses and physicians involved in end-of-life decision-making in the intensive care unit.

Method: A systematic review based on qualitative research studies was conducted.

Result: End-of-life decisions are described as a complex process. The result in this study claims that there are different opinions between intensive care nurses and physicians regarding shared decision-making, and the participation of nurses. Several of the intensive care nurses and physicians in the articles describe this process as time consuming because of the involvement of the entire team. It is also said that documentation of the treatment plan was not clear enough. Intensive care nurses and physicians raised important factors facilitating the collaboration during the process of end-of-life decisions. Open communication, clear documentation and a working climate that enables communication was perceived as contributing factors.

Conclusion: Intensive care nurses and physicians experience difficulties when decisions are made regarding end-of-life care. The decision is complex, and the timing of the decision is complicated. The involvement of the entire team during end-of-life discussion is perceived as different between physicians and intensive care nurses. Positive interprofessional communication with a positive working climate is an important part of collaboration during end-of-life care decisions.

Keywords: decision-making, intensive care, intensive care nurse-physician collaboration, end-of-life care

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	2
<i>Intensivvård</i>	2
<i>Beslutsfattande av vårdbegränsningar inom intensivvården</i>	2
<i>Vård i livets slutskede inom intensivvården</i>	3
<i>Interprofessionellt samarbete inom intensivvården</i>	4
Kommunikation inom vårdteamet	5
<i>Interaktionell omvårdnadspraktik - en teoretisk ansats</i>	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	8
<i>Design</i>	8
<i>Inklusions- och exklusionskriterier</i>	8
<i>Datainsamling</i>	9
<i>Urval, relevans och granskning</i>	9
<i>Dataanalys</i>	10
<i>Etiska överväganden</i>	11
Resultat	12
<i>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</i>	12
Komplext beslut	12
Delat beslutsfattande	13
Tidpunkten för beslutet	14
Kommunikationens betydelse	14
Diskussion	16
<i>Metoddiskussion</i>	16
Etiska överväganden	17
<i>Resultatdiskussion</i>	19
Intensivvårdssjuksköterskans delaktighet	19
Etisk stress	20
Fördröjd beslutsprocess - en källa till frustration	20
Konklusion	22
Implikation	22
Vidare forskning	23

Referenslista	24
Bilaga 1: Sökhistorik	26
Bilaga 2: Prismadiagram	27
Bilaga 3: Översikt av inkluderade artiklar	28
Bilaga 4: Översikt av exkluderade artiklar	32
Bilaga 5: Extraktion och syntes	38

Introduktion

Varje år vårdas över 40 000 patienter inom den svenska intensivvården och cirka 8% av dessa patienter avlider under vårdtiden. Vård vid livets slutskede är således en återkommande del i intensivvårdssjuksköterskors och läkares dagliga arbete. När den kurativa vården övergår till vård vid livets slutskede krävs ett beslutsfattande för att vården skall byta riktning. Detta beslut fattas på basis av hög medicinsk kompetens, praktisk erfarenhet, samt god klinisk kunskap kring patientens aktuella sjukdomstillstånd. Beslutsfattandeprocessen kräver gott samarbete mellan yrkeskategorierna för att beslutet skall bli korrekt samt tas vid rätt tidpunkt. En bra beslutsprocess, där beslut tas vid rätt tidpunkt, minskar lidandet för patienten och underlättar vården vid livets slutskede.

Samarbete mellan olika professioner är sedan tidigare ett omdiskuterat område inom vården. Den moderna vården kännetecknas av ett gott samarbete mellan olika yrkeskategorier och strävar delvis efter att minska den forna hierarki som präglat vården. Intensivvården präglas generellt av gott samarbete mellan de olika yrkeskategorierna, inte minst mellan intensivvårdssjuksköterska och läkare, vilket är en bidragande faktor till vårdens kvalitet. Intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelse av beslutsfattandeprocessen är av stor betydelse för det fortsatta förbättringsarbetet för att sträva mot en säkrare vård.

Bakgrund

Intensivvård

Intensivvård är en specialiserad vårdform vilken ges till patienter med konstaterad eller med överhängande risk för svikt i vitala organsystem (Castegren, 2020). På en intensivvårdsavdelning används avancerad behandling, monitorering och omvårdnad för att vårda den kritiskt sjuke patienten. Vården utgår från beprövad erfarenhet och kunskap, och bedrivs av vårdpersonal med specialistkompetens inom intensivvård (Svenska föreningen för anestesi och intensivvård [SFAI], 2015). För att en patient skall bli inlagd inom intensivvården krävs en individuell och samlad bedömning, där bakomliggande sjukdomar och det akuta tillståndet bedöms, vilket resulterar i beslut av vilken vårdnivå som är lämplig (SFAI, 2015). Intensivvården är en resurskrävande verksamhet och kännetecknas av hög personaltäthet samt en högteknologisk miljö (Svenska intensivvårdsregistret [SIR], 2020).

De patienter som vårdas inom intensivvården kräver en högre grad av övervakning av vitalparametrar än vad som är möjligt på en vårdavdelning. Vitalparametrar som noggrant övervakas kan vara andning, cirkulation och medvetande. Medicinteknisk apparatur är därför vanligt förekommande på en intensivvårdsavdelning, för att möjliggöra noggrann monitorering och behandling av livshotande tillstånd (SIR, 2020). Ventilatorn är en av den medicintekniska utrustning som skiljer intensivvården från vanliga vårdavdelningar. Vid respiratorisk svikt, som inte kan behandlas tillräckligt med syrgasbehandling, kan ventilatorvård bli aktuellt. Patienten sövs då ner för att ventilatorn skall kunna ta över eller assistera patientens andning (Petersson & Larsson, 2020). Annan medicinteknisk apparatur som används inom intensivvården är dialys, vilket ges för att filtrera blodet från vätska och slaggprodukter vid allvarligt njursvikt eller förgiftning. Det används ofta potenta läkemedel för smärtlindring, sederung och för att upprätthålla ett adekvat blodtryck. Vård inom intensivvården innebär även en stor del omvårdnadsåtgärder, som förebyggande av tryckrelaterade hudskador, mobilisering i den mån som patientens tillstånd tolererar, samt att tillgodose en god nutritionsstatus. Det handlar även om att ge patient och anhöriga möjlighet till information genom anpassad kommunikation (SIR, 2020).

Beslutsfattande av vårdbegränsningar inom intensivvården

Den palliativa vård som patienten erhåller under den sista tiden vid livet benämns som vård vid livets slutskede (Fröjd et al., 2020). Denna vård skall beakta personens psykiska, fysiska, existentiella samt sociala behov. Vården vid livets slutskede syftar till symtomlindring snarare än livsuppehållande behandling (Socialstyrelsen, 2018). Patienter som vårdas inom intensivvården skall lida av ett tillstånd vilket bedöms vara behandlingsbart (SFAI, 2012). Så snart en patient blir inlagd skall en behandlingsstrategi upprättas, där eventuella behandlingsbegränsningar dokumenteras. Behandlingsstrategin skall präglas av etiska överväganden och bör utvärderas dagligen. I Sverige finns tydliga riktlinjer kring beslutsprocessen vilka skall fungera som stöd till ansvarig läkare vid beslutsfattandet (SFAI, 2012). I dessa riktlinjer finns också ansvarsfördelningen vid beslutsprocessen tydligt beskriven.

Det ligger ett ansvar på intensivvårdens personal att förstå när given vård inte längre gagnar patienten, och beslut måste då tas huruvida vården skall begränsas eller ej (Lundberg & Hvarner, 2020). Beslutet att avsluta livsuppehållande behandling, och därmed övergå till vård vid livets slutskede, görs av ansvarig läkare, oftast i samråd med annan legitimerad yrkesutövare (Fröjd et al., 2020; SFAI, 2012). För sammanställning av begrepp med särskild betydelse för intensivvården se tabell 1.

Beslutsprocessen börjar när misstanke finns att given livsuppehållande behandling inte längre främjar patientens tillfrisknande (Lundberg & Hvarner, 2020). Diskussionen kring vårdbegränsningar bör hållas i en interprofessionell grupp där flera ansvariga yrkesgrupper medverkar. Det krävs en viss tidsram, även kallat medicinskt rådrum, för att upprätta ett sådant beslutsunderlag. Eftersom intensivvården ofta präglas av snabba förändringar i patientens tillstånd, innebär det att avgörande beslut ibland måste fattas inom en kort tidsperiod (SFAI, 2012).

Tabell 1: Begrepp med särskild betydelse för intensivvården formulerade av Svenska föreningen för anestesi och intensivvård (2012).

Term	Beskrivning
Kurativ behandling	Ges med syfte att bota aktuellt sjukdomstillstånd
Livsuppehållande behandling	Den behandling patienten erhåller vid akut sjukdom för att upprätthålla patientens liv.
Avstå från livsuppehållande behandling	Beslut att avstå eller ej inleda livsuppehållande behandling
Avbryta pågående livsuppehållande behandling	Beslut att avsluta, eller ej fortsätta med, pågående livsuppehållande behandling
Medicinskt rådrum	Tidsperiod för utvärdering av given behandling, där ställning tas till fortsatt vård och alternativ behandling.

Vård i livets slutskede inom intensivvården

Inom intensivvården innebär vård vid livets slutskede speciella åtgärder där livsuppehållande behandling avslutas (SFAI, 2012). Med livsuppehållande behandling menas den behandling patienten erhåller vid akut sjukdom för att upprätthålla patientens liv. När livsuppehållande behandling avbryts skall behandling med avancerad apparatur, såsom ventilator och dialys, avvecklas och behandling med exempelvis vasoaktiva droger avslutas. Spontanandning skall eftersträvas och behandling med syrgas bör avvecklas i de fall då det inte minskar patientens lidande (SFAI, 2012). Vård vid livets slutskede innebär dock aldrig begränsningar i omvårdnadsåtgärderna (Fröjd et al., 2020). Majoriteten av patienterna som avlider inom intensivvården gör det efter att beslut tagits att den livsuppehållande behandlingen skall avslutas, då behandlingen bedöms som utsiktslös (Maureen & Grech, 2015).

Intensivvårdssjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden i livets slutskede (McCallum & McConigley, 2013; Maureen & Grech, 2015). Fröjd et al. (2020) illustrerar omvårdnaden vid livets slutskede som fyra olika nyckelbegrepp: närvaro, skydd, förberedelser och avslutning. Dessa fyra begrepp syftar till att under processens gång successivt förflytta fokus till de efterlevande och ge stöd. Initialt läggs stort fokus på patientens önskemål och att ansvara för att dessa blir tillgodosedda. Parallellt skall fokus läggas på integritet, symtomlindring samt att ge god omvårdnad vid livets slutskede. Därefter övergår fokus successivt till att främja familjesamvaro, stötta närstående och erbjuda uppföljningssamtal efter dödsfallet (Fröjd et al., 2020).

Griffiths (2019) visar i sin studie att omvårdnadsarbetet vid vård vid livets slutskede kan vara mycket komplext. I värsta fall kan ansvaret och komplexiteten innebära stor etisk stress för personalen. Studien visar att intensivvårdssjuksköterskan har svårt att fördela sin uppmärksamhet mellan patient och anhöriga. Studien visar också att en kunskapslucka verkar finnas för hur bästa möjliga vård vid livets slutskede skall utföras och att intensivvårdssjuksköterskor skulle behöva praktisk träning och utökad teoretisk kunskap i ämnet (Griffiths, 2019).

Interprofessionellt samarbete inom intensivvården

Samverkan mellan olika yrkeskategorier inom intensivvården är av stor vikt då detta skapar goda förutsättningar för patientsäker vård (Van den Bulcke et al., 2016). Det interprofessionella samarbetet kring den kritiskt sjuke patienten är komplext och måste vara välfungerande för att vården skall bibehålla god kvalitet. För att avancerade medicinska och omvårdnadsmissiga beslut skall kunna tas krävs att samtliga i teamet bidrar med information kring patientens status och sjukdomstillstånd (Van den Bulcke et al., 2016). De olika yrkeskategorierna kan bidra med varierande kunskap och erfarenhet utifrån sin yrkesroll (Lundberg & Hvarfner, 2020). Det kan därför vara viktigt att ha i åtanke att de olika medlemmarna i gruppen kan se patientens sjukdomstillstånd ur olika perspektiv, eftersom de besitter olika kunskap, ansvarsområden och engagemang för patienten (Lundberg & Hvarfner, 2020).

Vårdteamet, bestående av bland annat intensivvårdssjuksköterskor, undersköterskor och läkare, förväntas arbeta tillsammans för att uppnå en god och säker vård (Castegren, 2020). Alla medicinska beslut tas av ansvarig läkare, men besluten grundar sig i kunskap kring patienten och dennes tillstånd från andra yrkeskategorier (Van den Bulcke et al., 2016). Det interprofessionella samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare beskrivs i en studie av Kvande et al. (2017). I studien beskrivs intensivvårdssjuksköterskors roll med att ständigt observera patientens kliniska status som central för att läkare skall ha möjlighet att skapa en uppfattning och helhetsbild av patientens tillstånd. Läkare i studien beskriver den information som intensivvårdssjuksköterskor besitter om patienten som ovärderlig, eftersom de spenderar mycket tid vid patientens sida. Studien betonar vikten av respekt och öppenhet för varandras olika perspektiv vid diskussioner om patientens vård och behandling. De olika yrkesrollernas perspektiv och kunskap kan komplettera varandra och leda till fördjupad

förståelse för patientens tillstånd och vilka behandlingsalternativ som kan vara aktuella (Kvande et al., 2017).

Vid beslut att avbryta eller avstå livsuppehållande behandling inom intensivvården kan samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare kompliceras. Brister i kommunikation vid beslutsfattande kring vård i livets slutskede lyfts upp som en betydande riskfaktor för konflikter mellan sjuksköterska och ansvarig läkare (Azoulay et al., 2009; Frank, 2009). Övergången från kurativ behandling till palliativ vård inom intensivvården anses vara en problematisk process, där intensivvårdssjuksköterskor och läkare kan ha delade åsikter om vad som är bäst för patienten (Fridh, 2014). Fridh (2014) drar slutsatsen att det interprofessionella samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterska och läkare bör få större uppmärksamhet i framtida forskningsstudier.

Kommunikation inom vårdteamet

Kommunikation har tidigare beskrivits som informationsutbyte, utbyte av känslor, ideer eller återkoppling (Chaboyer & Conroy, 2015). En god kommunikation definieras som en tvåvägskommunikation där båda parter kan bidra med information och idéer. En välfungerande kommunikation mellan yrkeskategorierna är en viktig grund för att skapa bra samarbete inom vårdteamet (Van den Bulcke, 2016). Den komplexa vård som bedrivs inom intensivvården kräver en välfungerande kommunikation för att vården skall bli så säker och bra som möjligt. Brister i kommunikationen kan leda till att allvarliga fel görs, vilket i sin tur kan ha förödande konsekvenser för patienten (Sharp, 2012). Kommunikation mellan yrkeskategorier kan ibland vara komplex eftersom olika yrkeskategorier är tränade i att kommunicera på olika sätt. Läkare är tränade i att kommunicera diagnosinriktat och är ofta kortfattade och direkta. Sjuksköterskor är däremot lärda att på ett effektivt, utförligt och noggrant sätt beskriva en situation eller en händelse utan att ställa en diagnos (Sharp, 2012).

Interaktionell omvårdnadspraktik - en teoretisk ansats

En teori vilken är relevant för att diskutera samarbetet och kommunikationen inom vården är *interaktionell omvårdnadspraktik* (Sörensen, 2012). Syftet med teorin är bland annat att finna den ideala ledaren och grundar sig i samarbetet samt kommunikationen personal- patient samt personal-personal. Den danska omvårdnadsforskaren Merry Elisabeth Scheels, som ligger bakom teorin, tydliggör komplexiteten i omvårdnadsarbetet och knyter samman omvårdnad som hantverk och som vetenskap. Teorin innefattar flera olika områden, exempelvis humanistisk vetenskap, empirisk kunskap och samhällsvetenskap med fenomenologisk utgångspunkt. Interaktionell omvårdnadspraktik bygger bland annat på ömsesidighet och en kommunikation som är inriktad på förståelse för varandra. Scheels menar att problematiska områden i praktiken är en viktig källa till teoretisk utveckling och förbättring av verksamheten. Ett samarbete över yrkesgränserna är av stor vikt eftersom arbetet inom hälso- och sjukvården i allmänhet, och intensivvården i synnerhet, är så pass komplext. Kommunikationen beskrivs som en dynamisk process och varje komponent i den interprofessionella kommunikationen bidrar till att lösa en viss sakfråga utifrån sin egen logik (Scheels, 2008; Sörensen, 2012).

Scheel varnar också för två stora risker med interprofessionellt samarbete utifrån två fallgröpar (Sörensen, 2012). Den första risken är oklar yrkesidentitet, där osäkerhet finns kring vad den andras yrkesområde kan bidra med i olika situationer. Detta kan leda till att en dominans av den ena yrkeskategorin skapas och att beslut fattas på dennes premisser. Den andra risken handlar om yrkesmässig etnocentricitet, alltså hur yrkeskategorierna kan uppfatta en viss sak utifrån den egna yrkeskulturens värden. Dessa tolkas sedan som det enda korrekta sättet att hantera uppgiften (Sörensen, 2012). Maureen och Grech (2015) menar att intensivvårdssjuksköterskan och läkaren besitter olika etiska ramar med olika fokusområden, vilket kan leda till en konflikt vid svåra beslut. Intensivvårdssjuksköterskans etiska ramar syftar till patientens värdighet, rätt till självbestämmande samt patientens önskemål, medan läkarens etiska ramar syftar till livskvalitet, rättvisa och rättigheter (Coombs & Grench, 2015). Puntillo et al. (2006) tolkar dessa olika etiska ramar som att intensivvårdssjuksköterskan och läkaren härstammar från två olika planeter och att kommunikationen däremellan kan vara problematisk. Sjuksköterskans holistiska synsätt och läkarens medicinska synsätt kan ibland krocka, vilket kan ligga till grund för skilda åsikter om hur vården skall bedrivas (Puntillo et al., 2006).

Problemformulering

Intensivvårdens huvudsakliga syfte är att rädda livet hos kritiskt sjuka patienter. Trots avancerade åtgärder kan inte alla liv räddas. Vård i livets slutskede är därför en vanlig förekommande del i arbetet inom intensivvården. Vårdteamet, bestående av bland annat intensivvårdssjuksköterskor och läkare, förväntas arbeta tillsammans för att uppnå en god och säker vård i livets slutskede. Intensivvårdssjuksköterskan och läkaren har olika perspektiv vilket kan utgöra ett hinder och leda till meningsskiljaktigheter när svåra beslut måste fattas kring vård i livets slutskede. Det finns därför ett behov av att undersöka hur samarbetet och beslutsprocessen kring vård vid livets slutskede upplevs av intensivvårdssjuksköterskor och läkare, samt vilka faktorer som underlättar respektive försvårar det interprofessionella samarbetet inom intensivvården.

Syfte

Syftet med studien är att, baserat på den vetenskapliga litteraturen, beskriva intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelser av det interprofessionella samarbetet i samband med beslutsfattandet vid vård i livets slutskede, med fokus på underlättande respektive försvårande faktorer.

Metod

Design

För att undersöka intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelse av beslutsfattandet kring vård vid livets slutskede inom intensivvården valdes designen systematisk litteraturöversikt. Valet av design gjordes för att vidga perspektivet över den forskning som tidigare publicerats inom området (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Problemområdet ringas in med hjälp av PEO (Population, Exposure och Outcome) och beskrivs i tabell 2 (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Tabell 2: Sökfråga enligt PEO-modellen

Population	Intensivvårdssjuksköterskor och läkare
Exposure	Beslutsfattande kring vård vid livets slutskede
Outcome	Upplevelser

Inklusions- och exklusionskriterier

Genom inklusions- och exklusionskriterier begränsades sökområdet samt skapade förutsättningar för att sökningarna resulterade i vetenskapliga artiklar inom ramen för forskningsområdet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). De vetenskapliga artiklarna vilka inkluderades är originalartiklar, har etiskt godkännande, är publicerade senare än år 2000 och är skrivna på engelska. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) lämpar sig studier med kvalitativ ansats bäst för att undersöka upplevelser eller erfarenheter av ett fenomen. Därför inkluderades enbart artiklar med kvalitativ metod. I databasen CINAHL användes avgränsning peer-review då detta inte alltid är förutsatt. De inkluderade artiklarna är skrivna ur ett intensivvårdsperspektiv och berör beslutsfattandet kring vård vid livets slutskede. Artiklar vilka berör ämnet inom pediatrik- eller neonatal intensivvård exkluderades.

Datainsamling

Initialt gjordes flera inledande litteratursökningar, vilket gav författarna en generell bild av tidigare publicerad forskning inom ämnet och identifiera de sökord som senare kom att användas i den strukturella litteratursökningen (Bettany-Saltikov & McSherry 2016). En specialiserad sökning gjordes därefter i databaserna PubMed, Scopus och CINAHL. De tre valda databaserna har omvårdnads- eller medicinsk inriktning och är därför relevant utifrån syftet (Willman et al., 2016). Sökningarna gjordes med följande sökord: intensive care nurs*, critical care nurs*, ICU nurs*, physician, doctor, intensivist, decision-making, shared decision-making, withdrawing treatment, withholding treatment, perspective, view, perception, experience, end of life care, palliative care och terminal care. De strukturerade sökningarna i respektive databas presenteras i bilaga 1. Sökorden kombinerades genom de booleska sökoperatorerna "OR" och "AND" och därmed effektiviserades sökningarna och perspektivet vidgades för att skapa bredd i sökningarna (Bettany-Saltikov & McSherry 2016; Willman et al., 2016). Genom att använda de booleska sökoperatorerna var för sig tydliggörs sökningen och det skapas sökblock. Sökorden valdes utifrån relevans till syftet samt problemformuleringen och kvalitetssäkrades genom Svensk MeSH och CINAHL Headings (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Vid sökning på svenska termer i Svensk MeSH erhålls den korrekta engelska översättningen. Under den inledande sökningen kunde sökorden utvecklas med hjälp av artiklarnas nyckelord. Valet av sökord och sökstrategi konsulterades dessutom med bibliotekarie, då denne besitter expertiskunskap inom sökstrategi (Rienecker, 2018).

En granskning av referenslistor i andra systematiska litteraturöversikter inom samma ämnesområde genomfördes för att finna ytterligare relevanta artiklar. Inga artiklar från denna manuella sökning inkluderades. I databasen PubMed användes funktionen "relaterade artiklar" och därigenom hittades en artikel vilken inkluderades då den var relevant utifrån syftet.

Urval, relevans och granskning

Genom sökningar i databaserna återfanns 280 artiklar, varav 14 var dubletter. En sovring gjordes utifrån de vetenskapliga artiklar med relevanta titlar där abstrakt granskades utifrån relevans för syftet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). 267 artiklar granskades på abstraktnivå. Därefter exkluderades 219 artiklar exempelvis på grund av att studierna inte var utförda inom intensivvården eller att de var utförda inom pediatrik eller neonatal intensivvård. De 48 artiklarna med relevanta abstrakt granskades i fulltext. 40 artiklar exkluderades därefter exempelvis på grund av att de inte svarade på syftet eller att de hade kvantitativ metod. Sammanställning av exkluderade artiklar finns i bilaga 4. Åtta artiklar, vilka uppfyllde inklusions- och exklusionskriterier och ansågs relevanta utifrån syftet, kvalitetsgranskades därefter. Urvalsprocessen presenteras i PRISMA flow chart i bilaga 2.

Sökningarna resulterade i åtta kvalitativa artiklar. Artiklarna vilka inkluderades är av medelhög eller hög kvalitet, vilket bedömts vid kvalitetsgranskning med hjälp av granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2020).

Samtliga valda artiklar samt kommentarer om kvalitet sammanställs i bilaga 3.

Dataanalys

Analysarbetet följer Bettany-Saltikov och McSherrys (2016) mall för att analysera data. Mallen består av 9 steg för dataanalys vid systematisk litteraturoversikt. Tabell 3 beskriver hur dataanalysen har utförts. För full dataextraktion se bilaga 5.

Tabell 3: Tillvägagångssätt för dataanalys

Steg 1	Samtliga valda artiklar lästes igenom av författarna separat och därefter diskuterades artiklarnas resultat tillsammans.
Steg 2	Relevanta områden i artiklarnas resultat markerades med olika färger.
Steg 3	Färgkodade områden i artiklarna lyftes ut och presenteras i tabell för extraherad data för att ge tydlighet i vilken artikel och var i artikeln datan har hittats.
Steg 4	Olika subteman arbetades fram genom öppen kodning av den extraherade datan.
Steg 5	Likartade subteman grupperades och ett övergripande huvudtema skapades utifrån subtemanans innehåll.
Steg 6	Genomgång av huvudtemat och subteman gjordes och subteman vilka liknade varandra slogs ihop.
Steg 7	Handledare konsulterades och gav synpunkter på valet av teman. Detta gjordes för att minska risken för vinklat resultat samt öka temanans validitet.
Steg 8	Artiklarnas resultat lästes om för att jämföra resultatet med det valda huvudtemat och subteman. Detta gjordes för att säkerställa att all data vilket är av relevans utifrån syftet används.
Steg 9	Samtliga ovanstående steg gjordes för alla inkluderade artiklar. Huvudtema och subteman presenteras sedan i en tabell, se tabell 4.

Etiska överväganden

Kunskap om forskningsetik är av stor vikt vid alla typer av vetenskapliga arbeten, så även vid systematisk litteraturoversikt. Artiklar som används i en systematisk litteraturstudie bör ha godkännande från en etisk kommitté (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Om det inte beskrivs någon form av etiskt övervägande i en studie är risken stor att författarna inte har tagit hänsyn till deltagarnas rättigheter gällande bland annat samtycke och rätten att avbryta sin medverkan. I aktuell litteraturstudie har enbart artiklar med etiskt godkännande inkluderats. På så sätt säkerställs att litteraturstudien vilar på en etisk grund, och deltagarna som medverkat i studierna har fått ett professionellt bemötande och deras rättigheter har respekterats under studiens gång (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

En av artiklarna beskriver att etiskt godkännande inte är nödvändigt enligt dansk lag. Författarna beskriver dock att noggrant etiskt övervägande har gjorts vid studien. Tidskriften vilken publicerat studien kontaktades således för att kontrollera deras etiska förhållningssätt. Studien är etiskt godkänd innan den publicerats i tidskriften.

Resultat

Samtliga inkluderade artiklar består av intervjuer med intensivvårdssjuksköterskor och läkare, vilka är verksamma inom intensivvården. Totalt har 167 personer intervjuats i de inkluderade studierna, varav 97 intensivvårdssjuksköterskor (58%) och 70 läkare (42%). Studierna är gjorda i Australien, Danmark, England, Kanada och USA mellan år 2001 och 2020. Sammanfattningsvis visade de åtta artiklarna att det finns flera faktorer som påverkar beslutsprocessen, att intensivvårdssjuksköterskor och läkare har olika uppfattning kring vårdteamets delaktighet i beslutsprocessen och att beslutsfattandet är komplext. Resultatet är sammanställt i ett huvudtema, faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen, och fyra subteman, vilka är komplext beslut, delat beslutsfattande, tidpunkten för beslutet samt kommunikationens betydelse. Sammanställning av teman finns i tabell 4.

Tabell 4: Sammanställning av teman och subteman

Huvudtema	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen			
Subtema	Komplext beslut	Delat beslutsfattande	Tidpunkten för beslutet	Kommunikationens betydelse

Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen

Komplext beslut

Komplexiteten som omger beslutsprocessen vid vård i livets slutskede lyfts upp i flera studier (McAndrew & Leske 2015; Flannery et al., 2020; Coombs et al, 2012; Oberle & Hughes, 2001; Jensen et al., 2013). Intensivvårdssjuksköterskors och läkares gemensamma reflektioner beskrivs i kombination med de utmaningar som skiljer professionerna åt. Intensivvårdssjuksköterskor och läkare är överens om att beslutsprocessen kring vård vid livets slutskede är komplext, dels på grund av svårigheter att tolka kliniska data och dels beroende på att läkarnas individuella synpunkter och erfarenheter vägs in i beslutsfattandet (Coombs et al., 2012). Både läkare och intensivvårdssjuksköterskor upplever ibland att beslutet om vårdbegränsningar är inkonsekvent beroende på vem som är ansvarig läkare, och därmed ansvarar för beslutsfattandet (Flannery et al., 2020). McAndrew och Leske (2015) beskriver att osäkerhet inom vårdteamet kring patientens prognos samt känsla av maktlöshet hos intensivvårdssjuksköterskan är två bidragande faktorer till att beslutsprocessen kompliceras (McAndrew & Leske, 2015).

I flera studier beskrivs också komplexitet i frågor som enbart läkare brottas med (Oberle & Hughes, 2001; Jensen et al., 2013). Oberle och Hughes (2001) beskriver bland annat att läkare upplever beslutsfattandet som ett dilemma, eftersom beslutet som fattas måste vara korrekt. Läkarna upplever ofta att det är svårt att veta vad som är rätt och fel beslut (Jensen et al., 2013).

En annan utmaning för beslutsprocessen är den hierarkiska miljön inom läkargruppen. I värsta fall leder den till en fördröjning av den här typen av beslut (Oberle & Hughes, 2001). I studien av Laurent et al., (2017) beskriver läkare att beslutet att avsluta en patients livsuppehållande behandling strider mot intensivvårdens syfte, vilket är att behandla komplicerade sjukdomstillstånd och på så vis rädda liv. En komplicerad beslutsprocess kan leda till etisk stress hos ansvarig läkare (McAndrew & Leske, 2015).

Delat beslutsfattande

Läkares och intensivvårdssjuksköterskors uppfattning av de olika yrkesrollerna i samband med beslutsfattandet kring vårdbegränsningar inom intensivvården beskrivs varierar mellan yrkeskategorierna (Oberle & Hughes, 2001; Flannery et al., 2020; McAndrew & Leske 2015; Brooks & Manias, 2017b; Jensen et al., 2013). Å ena sidan finns en gemensam tanke hos intensivvårdssjuksköterskor och läkare om att ett gott samarbete, förståelse för de andra i teamet samt gemensamma mål inom vårdteamet är en stor och viktig del av beslutsprocessen (McAndrew & Leske, 2015; Flannery et al., 2020). Läkarna uppger att de känner ett stort behov av att väga in intensivvårdssjuksköterskans kunskap och synpunkter inför beslutet (Flannery et al., 2020). De menar att vårdteamet är en viktig del i beslutsprocessen och att teamets kunskap skall vägas in i beslutsfattandet (Flannery et al., 2020). Läkare uppger också att de har ett behov av stöd från intensivvårdssjuksköterskor vid beslutsfattandet (Laurent et al., 2017).

Å andra sidan verkar det råda delade meningar kring intensivvårdssjuksköterskans delaktighet vid beslutsfattandet kring vårdbegränsningar (Oberle & Hughes, 2001). Flera läkare upplever beslutsprocessen som svår när alla i teamet har en åsikt och dessutom skall vara överens (Brooks & Manias, 2017b). Jensen et al. (2013) beskriver problematiken kring att samtliga i vårdteamet måste vara överens, vilket läkarna i studien ser som problematiskt. Vissa läkare upplever att intensivvårdssjuksköterskan inte förstår komplexiteten i beslutsfattandet kring vård vid livets slutskede. En av läkarna i studien förstärker detta genom att uttrycka att intensivvårdssjuksköterskan och läkaren ofta saknar förståelse för varandras yrkesroller, vilket gör att beslutsfattandet kan bli problematiskt (Jensen et al., 2013).

Intensivvårdssjuksköterskor står inför flera utmaningar vid delaktighet i beslutsprocessen (Oberle & Hughes 2001; Jensen et al., 2013; Flannery et al., 2020; Laurent et al., 2017). Intensivvårdssjuksköterskor upplever att de inte blir lyssnade på, att deras synpunkter inte alltid är av betydelse för läkarna och att de blir ignorerade under beslutsprocessen (Flannery et al., 2020; Laurent et al., 2017; Jensen et al., 2013). Flera intensivvårdssjuksköterskor uttrycker också att de är tvungna att argumentera för sin kunskap och åsikt kring beslutsfattandet (Jensen et al., 2013). I värsta fall kan intensivvårdssjuksköterskor drabbas av etisk stress, relaterat till att de inte har möjlighet att påverka beslutsfattandet av vårdbegränsningar (Oberle och Hughes 2001). Den hierarkiska miljön inom intensivvården kan vara ett skäl till att intensivvårdssjuksköterskans synpunkter inte är av värde. Läkarna menar dock att

intensivvårdssjuksköterskor har möjlighet till deltagande i beslutsprocessen (Oberle & Hughes, 2001). Andra hinder för en bra beslutsprocess är bristfällig kommunikation inom teamet, språkbarriärer och oerfaren personal i vårdteamet (Brooks & Manias, 2017a).

Tidpunkten för beslutet

I samtliga inkluderade studier beskrivs tidsaspekten kring beslutet som ett dilemma för både intensivvårdssjuksköterskor och läkare (Brooks & Manias, 2017a; Brooks & Manias, 2017b; McAndrew & Leske 2015; Flannery et al., 2020; Coombs et al, 2012; Oberle & Hughes, 2001; Jensen et al., 2013; Laurent et al., 2017). Intensivvårdssjuksköterskor och läkare beskriver problematiken när diskussionen om eventuella vårdbegränsningar tas upp för sent i vårdförloppet (Brooks & Manias, 2017a; Flannery et al., 2020; McAndrew & Leske, 2015). Det finns flera olika orsaker som kan leda till att beslutsprocessen tar tid (Jensen et al., 2013; Coombs et al., 2012; Laurent et al., 2017). Konsensus i vårdteamet beskrivs som en väsentlig del i övergången från kurativ vård till vård i livets slutskede, men det kan också leda till att beslutsprocessen fördröjs på grund av att alla ska vara överens (Coombs et al., 2012; Laurent et al., 2017). Både intensivvårdssjuksköterskor och läkare menar att brist på kontinuitet bland personalen kan vara en orsak till att beslutet fördröjs eller förändras (Jensen et al., 2013). En annan anledning till att beslutsfattandet drar ut på tiden är när oerfarna läkare skall ta beslutet. Intensivvårdssjuksköterskor beskriver att de har förståelse för att processen tar tid och att det är ett svårt beslut att fatta för den ansvarige läkaren (Oberle & Hughes, 2001). Konstruktiva förslag som skulle kunna hjälpa alla inblandade att enas om rätt tidpunkt för beslutet presenteras av Jensen et al. (2013). En välformulerad behandlingsplan, samt tydlighet i journalen om vilka beslut som fattats, lyfts fram som två viktiga delar för att beslutsfattandet inte skall förändras eller fördröjas (Jensen et al., 2013).

Intensivvårdssjuksköterskor beskriver att fördröjd beslutsprocess inte enbart leder till frustration inom vårdteamet, utan även påverkar patienter och anhöriga negativt då det riskerar att förlänga lidandet (Coombs et al., 2012; Oberle & Hughes, 2001; Brooks & Manias, 2017b). En fördröjning av beslutet kan också vara relaterat till anhörigas förutsättningar. I studien av Flannery et al., (2020) beskriver deltagarna att tidpunkten för beslutet blir fördröjt då anhöriga ges tid till att acceptera att vården inte längre gagnar patienten och vård vid livets slutskede bedöms som nödvändigt. Detta tidsrum kan leda till oenighet mellan läkare och intensivvårdssjuksköterskor. Läkare ser möjlighet att ge anhöriga stöd och omtanke, medan intensivvårdssjuksköterskor upplever att patientens lidande förlängs (Flannery et al., 2020).

Kommunikationens betydelse

Både intensivvårdssjuksköterskor och läkare betonar att god kommunikation och ett välfungerande samarbete är grundläggande för beslutsfattandeprocessen (McAndrew & Leske, 2015). Intensivvårdssjuksköterskor och läkare för ofta täta samtal om patientens vård. Trots detta sker samtalen inte alltid med intentionen att föra en gemensam diskussion om behandlingsstrategin (McAndrew & Leske, 2015). Icke välfungerande kommunikation bland yrkesgrupper under vård i livets slutskede leder till etisk stress hos personalen (Oberle & Hughes, 2001). Det finns flera faktorer som intensivvårdssjuksköterskor och läkare upplever

främjar kommunikationen vid beslutsfattandet (Brooks & Manias, 2017a; Jensen et al., 2013; McAndrew & Leske, 2015). Två av faktorerna som nämns är tydlig dokumentation och vikten av en öppen arbetskultur. Det framkommer att tydlig dokumentation av framförallt behandlingsstrategi är en viktig del för interprofessionell kommunikation. (Jensen et al., 2013; McAndrew och Leske, 2015). I Jensen et al., (2013) beskriver deltagarna att tydlig dokumentation minskar osäkerhet och kan bidra till bättre kontinuitet i vården.

Intensivvårdssjuksköterskor och läkare menar att en öppen arbetskultur med högt i tak ger positiv inverkan på kommunikationen kring beslutsfattandeprocessen (Brooks & Manias, 2017a).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelser av beslutsfattandet vid vård i livets slutskede. Vidare ställdes forskningsfrågan om det finns faktorer som underlättar respektive försvårar det interprofessionella samarbetet under beslutsprocessen. Metoden systematisk litteraturoversikt valdes då metoden identifierar, granskar och sammanställer tidigare publicerad forskning i syfte att ge en aktuell överblick av ämnet, vilket kan användas för att lyfta den senaste vetenskapen inom ett specifikt område (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Vid en litteraturstudie är det av stor vikt att alla delar i forskningsprocessen är tydligt presenterade distinkt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Samtliga delar av både sökprocessen och granskningsprocessen redovisas med tydlighet, vilket styrker studiens trovärdighet. Genom användandet av Svensk MeSH och Cinahl headings säkerställdes att sökområdet var korrekt samt att sökningarna resulterade i träffar inom det området som avsågs att undersöka. Studiens tillförlitlighet stärks, eftersom de valda databaserna har medicin och omvårdnad som fokus, då dessa ämnesområden är relevanta utifrån syftet. Vid kvalitetsgranskning bedöms sju av de inkluderade artiklarna ha hög kvalitet och en av artiklarna bedöms ha medelhög kvalitet. Detta stärker litteraturstudiens tillförlitlighet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

I flera av de inkluderade artiklarna föreligger en ojämn fördelning av urvalet, där fler intensivvårdssjuksköterskor intervjuats än läkare. Fyra studier har upp till dubbelt så många intensivvårdssjuksköterskor än läkare inkluderade i studierna (McAndrew & Leske, 2015; Brooks et al., 2017a; Flannery et al., 2020; Brooks et al., 2017b). Vid studier med så pass ojämn fördelning av deltagare riskerar resultatet att bli snedvridet och att den större urvalsgruppens åsikter blir dominant. I studiernas resultat lyfts det dock tydligt upp vilken yrkeskategori som uttryckt vad och därför inkluderades studierna i litteraturstudien. Tre av de inkluderade studierna intervjuade lika många intensivvårdssjuksköterskor som läkare. Valet att enbart inkludera studier där både intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelser undersöktes gjordes för att få en jämn fördelning mellan de olika yrkeskategoriernas upplevelser. Vid sökningarna i databaserna återfanns flera artiklar vilka enbart undersöker intensivvårdssjuksköterskans perspektiv, men desto färre undersöker läkarnas upplevelser. Därav gjordes valet att enbart inkludera artiklar vilka syftar till att undersöka båda yrkeskategoriernas upplevelser.

De valda artiklarnas resultat presenteras i detalj och i sin helhet utan att vinklas. Detta är av stor vikt för att resultatet inte skall bli objektivet och inte bli snedvridet. Litteraturstudiens resultat riskerar att bli snedvridet genom exkludering av kvantitativa artiklar, eftersom visst typ av resultat exkluderas. Detta val gjordes ändå eftersom Bettany-Saltikov och McSherry (2016) menar att kvalitativa studier lämpar sig bäst för att besvara frågeställningar som avser

upplevelser och erfarenheter. En annan risk med att exkludera kvantitativ data är att resultatet inte blir generaliserbart (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Flera av de inkluderade studierna är gjorda med liknande design, alltså med liknande datainsamling och dataanalys. Metoderna för datainsamling och dataanalys är därmed väl beprövade och detta leder till ökad tillförlitlighet av den systematiska litteraturöversikten (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

En av de inkluderade artiklarna intervjuar inte bara ansvarig läkare från intensivvården, utan också läkaren från bakavdelningen. Valet att inkludera denna artikel gjordes eftersom det tydligt beskrivs hur läkaren från bakavdelningen är delaktig i beslutsprocessen kring vård vid livets slutskede. Sökningarna i databaserna resulterade inte i några andra liknande artiklar vilka kunde inkluderas. Däremot exkluderades artiklar vilka intervjuade andra yrkeskategorier, exempelvis fysioterapeuter eller sjuksköterskor från andra avdelningar, då dessa inte var en del i beslutsprocessen vid vård i livets slutskede.

En svaghet i litteraturstudien är att få artiklar inkluderats i resultatet (Bettany-Saltikov och McSherry, 2016). Genom att inkludera fler artiklar hade resultatets tillförlitlighet ökat. Dock har forskningsområdet undersökts grundligt och fler kvalitativa artiklar med relevans utifrån syftet återfanns ej. Då författarna till samtliga inkluderade studier besitter erfarenheter inom både forskningsarbete samt kliniskt arbete ökar litteraturstudiens reliabilitet, eftersom författarna till de inkluderade studierna besitter kunskap kring hur forskning inom området bör bedrivas (Willman et al., 2016).

En risk med att genomföra en systematisk litteraturöversikt är att artiklar skrivna på andra språk än engelska väljs bort, vilket innebär att potentiellt värdefulla artiklar utesluts. Detta kan göra att resultatet påverkas. Andra risker som beskrivs av Bettany-Saltikov och McSherry (2016) är att litteratursökningen efter relevanta artiklar inte genomförs på ett systematiskt sätt, samt att icke relevanta databaser används. Dock har båda författarna i denna systematiska litteraturöversikt arbetat mycket systematiskt och detta presenteras i både söktabell i bilaga 1 samt i tabell 3, tillvägagångssätt för dataanalys.

Etiska överväganden

Studier med kvalitativ metod utförs oftast genom intervjuer, vilket Polit och Beck (2016) menar kan innebära särskild utsatthet för deltagarna. Det blir svårare för deltagarna att vara anonyma, då intervjuerna genomförs i form av personliga möten med forskaren. Det krävs att forskaren beskriver och avidentifierar deltagarna på ett sätt som gör att deras anonymitet bevaras (Polit & Beck, 2016). Deltagarnas anonymitet lyfts upp i samtliga studier, vilket visar på att studierna bygger på ett etiskt förhållningssätt. Detta leder i sin tur till ökad trovärdighet.

Valet att enbart inkludera artiklar med etiskt godkännande var av stor vikt för att säkerställa att litteraturöversikten inte bygger på oetisk forskning. I urvalsprocessen exkluderades inga artiklar på grund av avsaknad av etiskt godkännande.

Samtliga steg i metoden presenteras med transparens. De olika stegen i urvalsprocessen och analysförfarandet presenteras med tydlighet, vilket resulterar i att studien kan upprepas och då ge samma resultat. Detta är viktigt för att den systematiska litteraturöversiktens kvalitet och dess trovärdighet skall kunna bedömas (Polit & Beck, 2016).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors och läkares upplevelser av beslutsfattandet kring vård vid livets slutskede. Det mest anmärkningsvärda fyndet i resultatet är att det finns olika uppfattningar hos yrkesgrupperna när det gäller intensivvårdssjuksköterskors delaktighet i beslutet att avsluta livsuppehållande behandling och övergå till vård i livets slutskede. Detta sågs som förvånande, eftersom författarnas uppfattning av intensivvården är att den präglas av ett tätt och välfungerande samarbete mellan läkare och intensivvårdssjuksköterska. Det gjorde att författarna antog att upplevelser av samarbetet vid beslutsfattandet skulle vara av mer positiv karaktär än vad som framkom i resultatet.

Vidare visar resultatet komplexiteten i beslutsfattandet och att tidpunkten för när beslutet fattas upplevs problematiskt, både ur intensivvårdssjuksköterskors och läkares perspektiv. I resultatet framkom vad deltagarna upplever som välfungerande respektive icke-fungerande för samarbetet vid beslutsfattandet av vårdbegränsningar. Fynden i resultatet diskuteras utifrån följande rubriker: intensivvårdssjuksköterskans delaktighet, etisk stress och fördröjd beslutsprocess - en källa till frustration.

Intensivvårdssjuksköterskans delaktighet

Trots tydliga riktlinjer kring beslutsprocessen, där det beskrivs att processen skall bygga på multiprofessionellt deltagande, visar flera studier att just det interprofessionella samarbetet kring beslutet är problematiskt (SFAI, 2012; Fröjd, 2020). Ett påfallande fynd i resultatet är att intensivvårdssjuksköterskor upplever att deras åsikter inte vägs in i beslutsfattandet, trots att dessa beskrivs som viktiga för att ett korrekt beslut skall kunna tas (Oberle & Hughes 2001; Jensen et al., 2013; Flannery et al., 2020; Laurent et al., 2017). Det är anmärkningsvärt att intensivvårdssjuksköterskor och läkare upplever intensivvårdssjuksköterskans delaktighet helt olika.

Problematiken med att sjuksköterskor upplever svårigheter med att få sin röst hörd är inte ett fenomen som enbart återfinns inom intensivvården. I en stor studie från Grekland undersöktes faktorer som påverkar samarbetet och kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare (Matziou et al., 2014). Resultatet visade att yrkeskategorierna hade olika uppfattning av samarbetet inom teamet. Läkarna i studien hade en större tendens att uppfatta det interprofessionella samarbetet som positivt än sjuksköterskorna. Studien visade också att den hierarkiska miljön mellan sjuksköterskor och läkare ledde till att läkarnas kunskap värdesattes högre än sjuksköterskornas (Matziou et al., 2014). Intensivvårdssjuksköterskorna i studien av Oberle och Hughes (2001) beskriver, likt sjuksköterskorna i den grekiska studien, att maktfördelningen leder till att läkarnas åsikter och kunskap värdesätts högre på grund av läkarnas högre status. Problematiken med den hierarkiska miljön som bidragande faktor till försämrat interprofessionellt samarbete är alltså något som återfinns också utanför intensivvården.

Orsaken till den varierande delaktigheten av intensivvårdssjuksköterskor vid beslutsprocessen kan bero på de två fallgröpar som lyfts upp i Scheels teori interaktionell omvårdnadspraktik (Sörensen, 2012). Läkare besitter stark yrkesmässig etnocentricitet och har därmed en stor tilltro till sin egen yrkeskategori och dess sätt att uppfatta situationer. Detta leder, enligt Sörensen (2012), till att konflikt kan uppstå eftersom läkarna tolkar sitt eget sätt att se på saker som det enda rätta. Läkarna i studien av Jensen et al. (2013) som uttrycker att intensivvårdssjuksköterskor inte förstår komplexiteten vid beslutsfattandet, och därmed inte vill inkludera dem i beslutsprocessen, kanske har bristande tilltro till intensivvårdssjuksköterskors uppfattning av situationen. Den andra fallgruppen, som handlar om oklar yrkesidentitet, är också en bidragande faktor till varierande delaktighet av intensivvårdssjuksköterskor vid beslutsfattandeprocessen (Sörensen, 2012). Likt Scheels beskrivning av denna fallgröpa framkommer även i en intervju med en läkare att just denna brist på förståelse för den andres yrkesroll leder till att beslutsprocessen blir problematisk (Jensen et al., 2013).

Etisk stress

Vård vid livets slutskede är, av naturliga skäl, något som kan vara känslomässigt påfrestande för personalen inom intensivvården. Griffiths (2019) beskriver i en studie att intensivvårdssjuksköterskor upplever det svårt att fördela uppmärksamheten mellan patient och anhöriga vid vård i livets slutskede och att ansvaret kan innebära etisk stress. Det är därför extra viktigt att det interprofessionella samarbetet kring beslutsfattandet av vårdbegränsningar är välfungerande för att inte bidra med ytterligare faktorer som bidrar med etisk stress hos personalen (Oberle & Hughes, 2001). En viktig del för att bidra till bättre samarbete över yrkesgränserna, och därmed minska risken för etisk stress, är förståelse för varandras yrkesroller. Det betonar även teorin om interaktionell omvårdnadspraktik (Sörensen, 2012).

I en litteraturstudie av McAndrew et al. (2018) beskrivs flera faktorer som leder till etisk stress hos intensivvårdssjuksköterskor. Likt resultatet i studien av Oberle och Hughes (2001) menar McAndrew et al. (2018) att samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare i samband med beslutsfattandet av vårdbegränsningar innebär stora risker för etisk stress. I en studie av Santiago och Abdool (2011) beskrivs multiprofessionell debriefing som ett bra hjälpmedel för att minska den etiska stress intensivvårdspersonal upplever vid vård vid livet slutskede, vilket också minskar konflikterna inom vårdteamet.

Fördröjd beslutsprocess - en källa till frustration

Beslutet att avbryta livsuppehållande behandling inom intensivvården är en process som både är komplicerad och kan ta tid. I resultatet beskriver både intensivvårdssjuksköterskor och läkare olika orsaker till att beslutet att avsluta livsuppehållande behandling ibland drar ut på tiden (Brooks & Manias, 2017a; Flannery et al., 2020; McAndrew & Leske, 2015). Ett fördröjt beslut kan ge förödande konsekvenser för den kritiskt sjuka patienten, som då riskerar ökat lidande (Coombs et al., 2012; Oberle & Hughes, 2001; Brooks & Manias, 2017b). Intensivvårdssjuksköterskor beskriver i flera studier att de blir frustrerade när läkaren inte fattar beslutet i tid, då de är måna om att patientens välbefinnande (Coombs et al., 2012; Oberle &

Hughes, 2001; Brooks & Manias, 2017b). I en norsk studie av Taylor et al., (2019), med syfte att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av att avbryta livsuppehållande behandling, intervjuas nio intensivvårdssjuksköterskor. I studien beskriver deltagarna att beslutsprocessen riskerar att bli fördröjd när det finns olika åsikter inom vårdteamet om vilket behandlingsalternativ som är att föredra. Intensivvårdssjuksköterskor i studien upplever att patienten blir lidande när beslutet om att avsluta livsuppehållande behandling tar för lång tid (Taylor et al., 2019). Beslutsprocessen är en svår balans mellan att ta ett korrekt beslut med tillräckligt mycket bakgrundsinformation och att inte vänta för länge. Detta är ett stort ansvar för hela vårdteamet, inte minst för den beslutsfattande läkaren. Intensivvårdssjuksköterskor beskriver i flera studier att de har förståelse för att beslutsprocessen är komplex och att det därför tar tid för läkarna att fatta beslut (Coombs et al., 2012; Oberle & Hughes, 2001; Brooks & Manias, 2017b). Liknande resultat finns beskrivet i studien av McMillen (2007), där intensivvårdssjuksköterskor beskriver komplexiteten i dessa beslut och sympatiserar med ansvarig läkare som behöver ta det slutgiltiga beslutet. Det verkar alltså finnas god förståelse inom vårdteamet kring att beslutet ibland drar ut på tiden, men detta är ändå en källa till frustration.

I resultatet framkommer även anhörigas behov av tid för att komma till insikt under beslutsprocessen. Detta återfinns även beskrivet i en studie av McMillen (2007) där åtta intensivvårdssjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning i norra England intervjuas. I studien framkommer att just själva tidpunkten för beslutet kan vara problematiskt, när anhöriga ges tid till att acceptera att patientens liv inte går att rädda. McMillen (2007) beskriver dock att detta tidsrum även behövs för intensivvårdssjuksköterskorna för att landa i beslutet om att övergå till vård i livets slutskede. Det är alltså inte enbart negativt att beslutsprocessen blir utdragen, även om det för personalen kan vara frustrerande.

Konklusion

När beslut skall tas om vårdbegränsningar inom intensivvården upplever intensivvårdssjuksköterskor och läkare att det förekommer svåra situationer i beslutsprocessen. Det är en komplex beslutsprocess och tidpunkten för beslutet är svår. Intensivvårdssjuksköterskor och läkare upplever vårdteamets involvering i beslutsprocessen olika, vilket gör processen om än mer problematisk. God interprofessionell kommunikation med högt i tak mellan yrkeskategorierna är en förutsättning för en positiv beslutsprocess och ett gott samarbete.

Implikation

Eftersom problematiska områden i praktiken är en viktig källa till utveckling är det en gyllene chans att arbeta för ett förbättrat samarbete, inte bara vid vård i livets slutskede utan också inom intensivvården generellt. Problematiken kring samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare vid beslutsprocessen måste hanteras ur fler olika perspektiv.

Gemensamma utvecklingsdagar och scenarioträning är två sätt att knyta en närmare relation mellan de olika yrkeskategorierna inom vårdteamet. Genom att utsättas för potentiella kritiska situationer vidgas förståelsen för den andra yrkeskategoriers kunskaper, vilket i sin tur leder till att man kommer kunna ta tillvara på kunskapen på ett bättre sätt. Det skapas också då tillfälle att utveckla samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare. Vid gemensamma utvecklingsdagar finns möjlighet att öka förståelsen för olika yrkeskategoriers kunskap och synsätt och därmed minska risken för osäkerhet kring vad den andra yrkeskategorin kan bidra med. Genom gemensamma multiprofessionella utbildningsdagar, debriefing och scenarioträning kan de negativa hierarkiska strukturerna suddas ut. Vårdteamet kommer då bli en mer sammansvetsad struktur där samtliga professioners kunskap värdesätts.

Varje enskild medarbetare har ett ansvar att bidra till ett positivt och tillåtande arbetsklimat, där det ges stöd till oerfarna kollegor och där det finns förståelse för varandras olikheter och kunskapsområden. Ett sådant förhållningssätt hos personalen främjas av en ledning som strävar mot samma mål med att skapa en god arbetsmiljö. Tydliga rutiner som kan stötta personalen i beslutsprocessen är också ett verktyg som kan användas för att minska risken för konflikter, och därmed bidra till en säker vård vid livets slutskede.

Vidare forskning

Denna systematiska litteraturöversikt bidrar med en djupare förståelse kring hur intensivvårdssjuksköterskor och läkare upplever beslutsfattandeprocessen för vård vid livets slutskede, med fokus på det interprofessionella samarbetet. Vi anser dock att mer forskning inom ämnet är nödvändigt, då det i dagsläget finns lite publicerat om hur både intensivvårdssjuksköterskor och läkare upplever beslutsprocessen kring vård vid livets slutskede. Större kvalitativa studier kan bidra med ett bredare perspektiv från flera olika sjukhus och som i sin tur även kan leda till ett förbättrat samarbete mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare gällande beslutsprocessen och vård vid livets slutskede.

Referenslista

- Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*. 2009;180(9):853-860. doi:10.1164/rccm.200810-1614OC
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing* (2 ed.). London: McGraw-Hill Education/Open University Press.
- * Brooks, L. A., Manias, E., & Nicholson, P. (2017a). Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 30(3), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.001>
- * Brooks, L. A., Manias, E., & Nicholson, P. (2017b). Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(4), 336–341. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>
- Chaboyer, W., & Conroy, K. (2015). Quality and safety. In L. Aitken, A. Marshall, & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN's Critical Care Nursing* (pp. 44-72). Elsevier: NSW.
- Castegren, M. (2020). Organisation av en intensivvårdsavdelning. I S. Rubertsson., A. Larsson., M. Lipcey., & D. Smekal (Red.). *Intensivvård*. (Tredje upplagan. s 13-16). Stockholm: Liber
- *Coombs, M. A., Addington-Hall, J., & Long-Sutehall, T. (2012). Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 49(5), 519–527. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.019>
- *Flannery, L., Peters, K., & Ramjan, L. M. (2020). The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(4), 311–316. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.08.004>
- Frank RK. (2009). Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*, 18(10), 612–618. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.12968/bjon.2009.18.10.42466>
- Fridh, I (2014). Caring for the dying patient in the ICU-the past, the present and the future. *Intensive & critical care nursing*, 30(6), 306–311. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.004>
- Fröjd, C., Larsson, I-M., & Wallin, E. (2020). Omvårdnad av patienter inom intensivvård. I S. Rubensson., A. Larsson., M. Lipcey., & D. Smekal (Red.). *Intensivvård*. (Tredje upplagan. s 772-782). Stockholm: Liber
- Griffiths, I. (2019). What are the challenges for nurses when providing end-of-life care in intensive care units? *British Journal of Nursing*, 28(16), 1047–1052. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.12968/bjon.2019.28.16.1047>
- *Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. (2013). Challenges in end-of-life decisions in the intensive care unit: an ethical perspective. *Journal of bioethical inquiry*, 10(1), 93–101. <https://doi.org/10.1007/s11673-012-9416-5>
- Kvande, M., Lykkeslet, E., & Storli, S. L. (2017). ICU nurses and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options-a focus group study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 1267346. <https://doi.org/10.1080/17482631.2016.1267346>
- * Laurent, A., Bonnet, M., Capellier, G., Aslanian, P., & Hebert, P. (2017). Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU: An Obstacle to Collegiality?. *Critical care medicine*, 45(12), 2023–2030. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002710>
- Lundberg, D., & Hvarfner, A. (2020). Intensivvårdsetik. I S. Rubensson., A. Larsson., M. Lipcey., & D. Smekal (Red.). *Intensivvård*. (Tredje upplagan. s 17-25). Stockholm: Liber
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28(6), 526–533. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>
- Maureen, C., & Grech, C. (2015). Ethical issues in critical care. I L. Aitken., A. Marshall, & W. Chaboyer. (Red.). *ACCCN's critical care nursing*. (3e upplagan. s.106-128). Chatswood, NSW: Elsevier Australia

- *McAndrew, N. S., & Leske, J. S. (2015). A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units. *Clinical nursing research*, 24(4), 357–374. <https://doi.org/10.1177/1054773814533791>
- McAndrew, N. S., Leske, J., & Schroeter, K. (2018). Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing ethics*, 25(5), 552–570. <https://doi.org/10.1177/0969733016664975>
- McCallum, A., & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 25-30. doi:10.12968/ijpn.2013.19.1.25
- McMillen R. E. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive & critical care nursing*, 24(4), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.002>
- *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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x>
- Petersson, J., & Larsson, A. (2020). Respiratoriskt stöd. I S. Rubertsson., A. Larsson., M. Lipcey., & D. Smekal (Red.). *Intensivvård*. (Tredje upplagan. s 325-345). Stockholm: Liber
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Puntillo, K. A., & McAdam, J. L. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Critical care medicine*, 34(11 Suppl), S332–S340. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000237047.31376.28>
- Rienecker, L. (2018). *Att skriva en bra uppsats* (Upplaga 4 uppl.): Stockholm : Liber
- Scheel, M. E., Pedersen, B. D., & Rosenkrands, V. (2008). Interactional nursing--a practice-theory in the dynamic field between the natural, human and social sciences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(4), 629–636. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00564.x>
- Santiago, C., & Abdool, S. (2011). Conversations about challenging end-of-life cases: ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit. *Dynamics*, 22(4), 26–30.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2018) Palliativ vård - förtydligande och konkretisering av begrepp. Hämtad 2021-01-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2020). *Bedömning av studier med kvalitativ metod*. hämtad 2021-03-10 https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf
- Svenskt intensivvårdsregister [SIR]. (2020). *Vad är intensivvård?* Hämtad 2020-03-03 från <https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/Intensiv/>
- Svenska föreningen för anestesi och intensivvård [SFAI]. (2012). *Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvård*. Hämtad 2021-01-22 från https://sfai.se/wp-content/uploads/files/22-2_Behandlingsstrategi_IVA.pdf
- Svenska föreningen för anestesi och intensivvård [SFAI]. (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf
- Sörensen, EE. (2012). Teori om interaktionell omvårdnadspraktik som referensram. I B. Bidstrup Jörgensen & VÖ Steinfeldt (Red.). *Omvårdnadsteori som referensram: i forskning och utveckling*. (1. uppl. s. 137-157) Stockholm: Liber.
- Taylor, I., Dihle, A., Hofso, K., & Steindal, S. A. (2020). Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, 56, 102768. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768>
- Van den Bulcke, B., Vyt, A., Vanheule, S., Hoste, E., Decruyenaere, J., & Benoit, D. (2016). The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study. *Journal of interprofessional care*, 30(3), 301–308. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1146876>
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

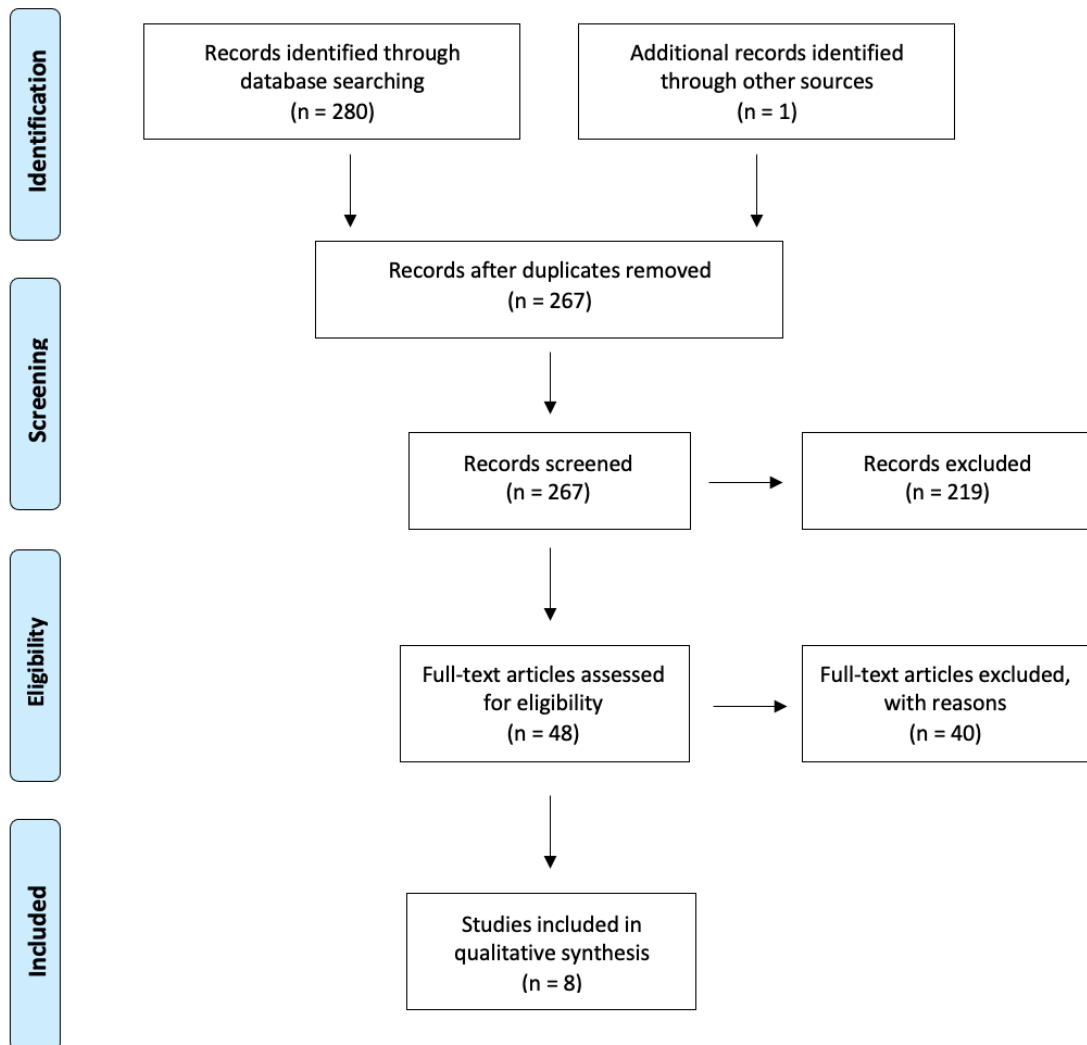
Bilaga 1: Sökhistorik

Databas	Sökord	Ev begränsningar (Limits)	Antal träffar	Antal lästa i fulltext	Valda Artiklar
CINAHL 2021-03-07	(intensive care nurs* OR critical care nurs* OR ICU nurs*) AND (physician OR doctor OR intensivist) AND (decision-making, shared OR decision-making OR withdrawing treatment OR withholding treatment) AND (perspective OR view OR perception OR experience) AND (end of life care OR palliative care OR terminal care)	Peer-Review Språk: Engelska 2000-2021	28	9	3
PubMed 2021-03-05	(intensive care nurs* OR critical care nurs* OR ICU nurs*) AND (physician OR doctor OR intensivist) AND (decision-making, shared OR decision-making OR withdrawing treatment OR withholding treatment) AND (perspective OR view OR perception OR experience) AND (end of life care OR palliative care OR terminal care)	År 2000-2021 Engelska	182	25	6
Scopus 2021-03-07	(intensive care nurs* OR critical care nurs* OR ICU nurs*) AND (physician OR doctor OR intensivist) AND (decision-making, shared OR decision-making OR withdrawing treatment OR withholding treatment) AND (perspective OR view OR perception OR experience) AND (end of life care OR palliative care OR terminal care)	Språk: Engelska 2000-2021	70	13	4

Bilaga 2: Prismadiagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



Bilaga 3: Översikt av inkluderade artiklar

Artikels titel	Syfte	Studiedesign och metod	Resultat	Kvalitet och kommentar
<p>Författare</p> <p>Publiceringsår</p> <p>Land</p>				
<p>A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units</p> <p>Natalie S. McAndrew & Jane S. Leske</p> <p>USA, 2015</p>	<p>Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors och läkares erfarenheter vid beslutsfattande vid vård i livets slut på IVA.</p>	<p>Kvalitativ ansats, baserad på metoden grounded theory. Enskilda, ostrukturerade intervjuer gjordes med 11 deltagare (7 sjuksköterskor och 4 läkare).</p>	<p>Resultatet presenteras i ett huvudtema: "Beslutsfattande vid vård i livets slut är en balansgång". Utifrån huvudteman fanns tre subteman: "känslomässigt engagemang", "professionell yrkesroll" och "kommunikation och samarbete".</p>	<p>Hög kvalitet. Godkänd av etisk kommitté. Inga allvarliga brister i datainsamling eller analys.</p> <p>Få deltagare.</p>
<p>Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context</p> <p>Laura Anne Brooks, Elizabeth Manias & Patricia Nicholson</p> <p>Australien, 2017a</p>	<p>Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors och läkares olika perspektiv och erfarenheter under vård i livets slut.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer i två fokusgrupper, uppdelat efter yrkeskategori. 11 läkare och 17 intensivvårdssjuksköterskor deltog.</p>	<p>Tre huvudteman presenteras i resultatet: "Barriärer för att tillgodose god vård i livets slutskede" där brister på tillgänglig utbildning och träning, konflikter mellan IVA och externa medicinska enheter samt begränsningar i vårdmiljön beskrivs. Andra huvudtemat var "Främjande för att tillgodose god vård i livets slutskede" där samarbete och</p>	<p>Hög kvalitet. Etiskt godkänd. Tydligt beskriven metod. Framkommer ej om den analyserade datan validerats.</p>

			ledarskap beskrivs. I det tredje huvudtemat "Utmaningar" beskrivs svårigheter med kommunikation och beslutsfattande samt förväntningar från familjen som utmaningar vid vård i livets slut.	
<p>Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective</p> <p>Hanne Irene Jensen, Jette Ammentorp, Helle Johannesen & Helle Ørding</p> <p>Danmark, 2013</p>	Att undersöka de utmaningar som intensivvårdssjuksköterskor och läkare ställs inför vid beslut om vårdbegränsningar i livets slut på IVA ur ett etiskt perspektiv.	Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med intensivvårdssjuksköterskor, läkare inom intensivvården samt läkare från avdelning deltog i studien. Individuella intervjuer och i fokusgrupper. 21 deltagare (11 sjuksköterskor och 10 läkare).	De upplevda utmaningarna presenterades i två huvudteman. "Samarbete" med subteman "Behandlingspotential", "Förändringar eller försenat beslut" och "Beslutsfattandeprocessen". Det andra huvudtemat var "Framtidsperspektiv för patienten" med subteman: "Patientens önskningar", "Outcome" och "Lidande".	Hög kvalitet Urvalet var Icke-randomiserat och gjordes för att variera i ålder, kön och erfarenhet. Ej godkänd av en etisk kommitté. Etiska överväganden är dock gjorda av författarna.
<p>The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study</p> <p>Liz Flannery, Kath Peters & Lucie M. Ramjan</p> <p>Australien, 2020</p>	Att undersöka upplevelser hos intensivvårdssjuksköterskor och läkare under beslutsprocessen vid vård i livets slutskede på IVA.	Kvalitativ ansats med naturalistisk hållning. Semistrukturerade, individuella intervjuer med 12 deltagare (8 sjuksköterskor och 4 läkare).	Två huvudteman presenteras: "Läkare och sjuksköterskor roller vid vård i livets slut" där olika uppfattningar av yrkesrollerna vid vård i livets slut beskrivs, samt att beslutsprocessen är inkonsekvent. Andra temat var "Hantera familjens förväntningar".	Hög kvalitet Selektivt urval utefter erfarenhet. Minst 7 år erfarenhet och minst 2 år på den avd de arbetar på nu. Forskaren som höll i intervjuerna var kollega till deltagarna. Reflexiv dagbok skrevs. Godkänd av etisk kommitté.
<p>Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care</p>	Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors och läkares erfarenheter av att initiera vård i	Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper. 28 deltagare (17	I resultatet återfinns två huvudteman: "Kommunikation" där subteman "tidpunkt för	Hög kvalitet Utförlig datainsamling. Underliggande

<p>unit</p> <p>Laura Anne Brooks, Elizabeth Manias & Patricia Nicholson</p> <p>Australien, 2017b</p>	<p>livets slutskede på IVA.</p>	<p>intensivvårdssjuksk öterskor och 11 läkare).</p>	<p>beslutet” och “svåra samtal” beskrivs. I andra huvudtemat “Delat beslutsfattande” presenteras subteman “vårdplaner vid livets slut”, “multidisciplinär acceptans” samt “gemensamt beslut där patient och anhöriga involveras”.</p>	<p>teori/filosofiskt ramverk saknas.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>
<p>Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions</p> <p>Kathleen Oberle & Dorothy Hughes</p> <p>Canada, 2001</p>	<p>Att identifiera och jämföra etiska problem som läkare och intensivvårdssjuksk öterskor upplever vid vård i livets slut.</p>	<p>Kvalitativ ansats med metoden grounded theory.</p> <p>Ostrukturerade, individuella Intervjuer med 20 deltagare (7 läkare och 14 intensivvårdssjuksk öterskor).</p>	<p>I resultatet identifieras etiska problem vid vård i livets slutskede som det mest problematiska. Resultatet presenteras i flera teman: “konkurrerande värden”, “hierarki”, “snåla resurser” och “kommunikation”.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>En av forskarna (läkare) har selektivt valt ut de deltagande läkarna i studien. Framkommer ej om de har någon relation.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>
<p>Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: A qualitative study</p> <p>Maureen A. Coombs, Julia Addington-Hall & Tracy Long-Sutehall</p> <p>England, 2012</p>	<p>Att identifiera de utmaningar som vårdpersonal inom IVA ställs inför vid övergången från kurativ till palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Genomfördes med semistrukturerade individuella intervjuer. 26 deltagare (13 intensivvårdssjuksk öterskor och 13 läkare)</p>	<p>Resultatet presenteras utifrån rubrikerna: “vård i livets slutskede inom intensivvården”, övergången från kurativ till palliativ vård”, “diagnosticera en döende patient”, “konsensus i vårdteamet” och “stötta familjen i sorg”.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p> <p>Hela urvalsprocessen är inte tydligt beskrivet.</p> <p>Studien är en del av en större studie. Data har samlats in samtidigt.</p> <p>Framgår ej om forskare har någon relation till deltagarna.</p> <p>Godkänd av etisk kommité.</p>
<p>Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU: An</p>	<p>Syftet med studien är att få djupare förståelse för beslutsfattandeprocessen vid vård i livets slut för</p>	<p>Kvalitativ studiedesign med fenomenologisk inriktning. Individuella intervjuer med 20</p>	<p>Resultatet presenteras i tre huvudteman: “erfarenheter av beslutsprocessen vid vård i livets</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Få deltagare. Forskarna beskriver dock att detta är okej utifrån vald</p>

<p>Obstacle to Collegiality?</p> <p>Alexandra Laurent, Magalie Bonnet, Gilles Capellier, Pierre Aslanian, & Paul Hebert</p> <p>Canada, 2017</p>	<p>intensivvårdssjuksköterskor och läkare, och hur deras känslor påverkar beslutet.</p>	<p>deltagare (10 läkare och 10 intensivvårdssjuksköterskor).</p>	<p>slutskede”, “vårdrelationens inverkan på beslutet”, och “interprofessionella relationen och dess inverkan på beslutet”. Resultatet visar att relationen mellan intensivvårdssjuksköterska och läkare kan påverkas negativt vid beslut om vårdbegränsningar i livets slutskede.</p>	<p>filosofisk hållning. Etiskt godkänd.</p>
--	---	--	---	---

Bilaga 4: Översikt av exkluderade artiklar

Artikel	Orsak till exkludering
Anstey, M. H., Adams, J. L., & McGlynn, E. A. (2015). Perceptions of the appropriateness of care in California adult intensive care units. <i>Critical care</i> (London, England), 19(1), 51. https://doi.org/10.1186/s13054-015-0777-0	Svarar ej på syftet.
Bunch, E. H. (2002). High technology and nursing: Ethical dilemmas nurses and physicians face on high-technology units in norway. <i>Nursing Inquiry</i> , 9(3), 187-195. doi:10.1046/j.1440-1800.2002.00143.x	Ej intensivvårdsmiljö.
Boissier, F., Seegers, V., Seguin, A., Legriél, S., Cariou, A., Jaber, S., . . . Kentish-Barnes, N. (2020). Assessing physicians' and nurses' experience of dying and death in the ICU: Development of the CAESAR-P and the CAESAR-N instruments. <i>Critical Care</i> , 24(1) doi:10.1186/s13054-020-03191-z	Kvantitativ ansats.
Choi, P. J., Chow, V., Curlin, F. A., & Cox, C. E. (2019). Intensive care clinicians' views on the role of chaplains. <i>Journal of Health Care Chaplaincy</i> , 25(3), 89-98. doi:10.1080/08854726.2018.1538438	Ej relevant utifrån syftet
Downar, J., Delaney, J. W., Hawryluck, L., & Kenny, L. (2016). Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. <i>Intensive Care Medicine</i> , 42(6), 1003-1017. doi:10.1007/s00134-016-4330-7	Studien syftar till att utveckla riktlinjer för avbrytande av livsuppehållande behandling. Därav är studien inte relevant utifrån den systematiska litteraturöversiktens syfte
Festic, E., Wilson, M. E., Gajic, O., Divertie, G. D., & Rabatin, J. T. (2012). Perspectives of physicians and nurses regarding end-of-life care in the intensive care unit. <i>Journal of intensive care medicine</i> , 27(1), 45-54. https://doi.org/10.1177/0885066610393465	Kvantitativ metod.
Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B., Kuteifan, K., Badet, M., Asfar, P., Jaber, S., Chagnon, J. L., Renault, A., Robert, R., Pochard, F., Herve, C., Brun-Buisson, C., Duvaldestin, P., & French RESSENTI Group (2003). Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. <i>American journal of respiratory and critical care medicine</i> , 167(10), 1310-1315. https://doi.org/10.1164/rccm.200207-752OC	Kvantitativ metod.
Groselj, U., Orazem, M., Kanic, M., Vidmar, G., & Grosek, S. (2014). Experiences of slovene ICU physicians with end-of-life decision making: A	Kvantitativ studie.

nation-wide survey. <i>Medical Science Monitor</i> , 20, 2007-2012. doi:10.12659/MSM.891029	
Gutierrez, K. M. (2012). Advance directives in an intensive care unit: Experiences and recommendations of critical care nurses and physicians. <i>Critical Care Nursing Quarterly</i> , 35(4), 396-409. doi:10.1097/CNQ.0b013e318268fe35	Finns inte i fulltext.
Howell, A. A., Nielsen, E. L., Turner, A. M., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2014). Clinicians' perceptions of the usefulness of a communication facilitator in the intensive care unit. <i>American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses</i> , 23(5), 380-386. https://doi.org/10.4037/ajcc2014517	Svarar ej på syftet.
Hsieh, H. F., Shannon, S. E., & Curtis, J. R. (2006). Contradictions and communication strategies during end-of-life decision making in the intensive care unit. <i>Journal of critical care</i> , 21(4), 294-304. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.06.003	Studien undersöker konflikter mellan anhöriga och ansvarig läkare, och är därför inte aktuell för denna studiens syfte.
Jensen, H. I., Ammentorp, J., Erlandsen, M., & Ording, H. (2012). End-of-life practices in Danish ICUs: development and validation of a questionnaire. <i>BMC anesthesiology</i> , 12, 16. https://doi.org/10.1186/1471-2253-12-16	Studien är inte relevant då den genomfördes med syfte att utveckla ett frågeformulär.
Jensen, H. I., Hebsgaard, S., Hansen, T., Johnsen, R., Hartog, C. S., Soultati, I., Szucs, O., Wilson, M. E., van den Bulcke, B., Benoit, D. D., & Piers, R. (2019). Perceptions of Ethical Decision-Making Climate Among Clinicians Working in European and U.S. ICUs: Differences Between Nurses and Physicians. <i>Critical care medicine</i> , 47(12), 1716-1723. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004017	Kvantitativ studie.
Jensen, H. I., Ammentorp, J., & Ording, H. (2013). Guidelines for withholding and withdrawing therapy in the ICU: impact on decision-making process and interdisciplinary collaboration. <i>Heart, lung and vessels</i> , 5(3), 158-167.	Studiens syfte var att utveckla och implementera nya riktlinjer avseende livsuppehållande behandling inom intensivvården. Studien exkluderas då det inte är relevant för litteraturöversiktens syfte.
Jensen, H. I., Ammentorp, J., Erlandsen, M., & Ording, H. (2011). Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals. <i>Intensive care medicine</i> , 37(10), 1696-1705. https://doi.org/10.1007/s00134-011-2345-7	Kvantitativ studie
Jox, R. J., Krebs, M., Fegg, M., Reiter-Theil, S., Frey, L., Eisenmenger, W., & Borasio, G. D. (2010). Limiting life-sustaining treatment in	Kvantitativ studie

German intensive care units: a multiprofessional survey. <i>Journal of critical care</i> , 25(3), 413–419. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.06.012	
Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Nouvet, E., Downar, J., & You, J. J. (2016). Factors influencing communication and decision-making about life-sustaining technology during serious illness: a qualitative study. <i>BMJ open</i> , 6(5), e010451. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010451	Studiens undersöker kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga, och svarar därför inte på syftet.
Lomero-Martínez, M. M., Jiménez-Herrera, M. F., Bodí-Saera, M. A., Llauro-Serra, M., Masnou-Burrillo, N., Oliver-Juan, E., & Sandiumenge-Camps, A. (2018). Decision-making in end of life care. are we really playing together in the same team? [Decisiones en los cuidados al final de la vida. ¿Jugamos en el mismo equipo?] <i>Enfermería Intensiva</i> , 29(4), 158-167. doi:10.1016/j.enfi.2018.01.003	Kvantitativ metod
McKeown A, Cairns C, Cornbleet M, & Longmate A. (2010). Palliative care in the intensive care unit: an interview-based study of the team perspective. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 16(7), 334–338. https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.12968/ijpn.2010.16.7.49061	Svarar ej på syftet
MengJie, L., HouXiu, Z., ChangBi, L., FuYu, H., SiLin, Z., & JingCi, Z. (2015). End-of-life decision-making experiences and influencing factors reported by intensive care unit medical and nursing staff members in southwestern china: A qualitative study. <i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i> , 17(6), 544-550. doi:10.1097/NJH.000000000000196	Svarar ej på syftet.
Nelson, J. E., Angus, D. C., Weissfeld, L. A., Puntillo, K. A., Danis, M., Deal, D., Levy, M. M., Cook, D. J., & Critical Care Peer Workgroup of the Promoting Excellence in End-of-Life Care Project (2006). End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. <i>Critical care medicine</i> , 34(10), 2547–2553. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000239233.63425.1D	Kvantitativ metod.
Paddley, B. (2020). Nurse and Doctor Communication of Escalations to Code Status in the Intensive Care Unit...Dynamics of Critical Care Conference, September 28–30, 2020, Windsor, Ontario. <i>Canadian Journal of Critical Care Nursing</i> , 31(1), 19.	Ej tillgänglig i fulltext
Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A, Michalsen A, Maia PA, Owczuk R, Rubulotta F, Depuydt P, Meert AP,	Studien syftar till att identifiera förekomsten av olämplig vård på IVA. Studien svarar därför inte på syftet

Reyners AK, Aquilina A, Bekaert M, Van den Noortgate NJ, Schrauwen WJ, Benoit DD, Piers, R. D., & Azoulay, E. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. <i>JAMA: Journal of the American Medical Association</i> , 306(24), 2694–2703. https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1001/jama.2011.1888	
Pecanac, K. E., & Schwarze, M. L. (2018). Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency. <i>Nursing ethics</i> , 25(1), 69–79. https://doi.org/10.1177/0969733016638144	Litteraturöversikt
Puntillo, K. A., & McAdam, J. L. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. <i>Critical Care Medicine</i> , 34(11 SUPPL.), S332-S340. doi:10.1097/01.CCM.0000237047.31376.28	Litteraturöversikt
Ribeiro e Souza, H. L., Andrade e Lacerda, L. C., & Grudka Lira, G. (2017). Meaning of Palliative Care by the Multiprofessional Team of the Intensive Care Unit. <i>Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE</i> , 11(10), 3885–3892. https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201724	Studien är av låg kvalitet
Roze des Ordon, A. L., Sharma, N., Heyland, D. K., & You, J. J. (2015). Strategies for effective goals of care discussions and decision-making: perspectives from a multi-centre survey of Canadian hospital-based healthcare providers. <i>BMC palliative care</i> , 14, 38. https://doi.org/10.1186/s12904-015-0035-x	Studien är ej genomförd i intensivvårdsmiljö.
Schwarzkopf, D., Westermann, I., Skupin, H., Riedemann, N. C., Reinhart, K., Pfeifer, R., . . . Hartog, C. S. (2015). A novel questionnaire to measure staff perception of end-of-life decision making in the intensive care unit-development and psychometric testing. <i>Journal of Critical Care</i> , 30(1), 187-195. doi:10.1016/j.jcrc.2014.09.015	Studien avser att hitta ett frågeformulär vilket fångar relevanta aspekter för intensivvårdssjuksköterskor och läkare vid vård vid livet slutskede inom intensivvården. Studien är därför inte relevant utifrån syftet.
Sorta-Bilajac, I., Baždarić, K., Brozović, B., & Agich, G. J. (2008). Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice. <i>Journal of Medical Ethics</i> , 34(6), 450-455. doi:10.1136/jme.2007.021402	Kvantitativ studie.
St Ledger, U., Begley, A., Reid, J., Prior, L., McAuley, D., & Blackwood, B. (2013). Moral distress in end-of-life care in the intensive care	Ej originalartikel.

unit. <i>Journal of advanced nursing</i> , 69(8), 1869–1880. https://doi.org/10.1111/jan.12053	
Strachan, P. H., Kryworuchko, J., Nouvet, E., Downar, J., & You, J. J. (2018). Canadian hospital nurses' roles in communication and decision-making about goals of care: An interpretive description of critical incidents. <i>Applied nursing research : ANR</i> , 40, 26–33. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.014	Studien undersöker ej läkares perspektiv.
Van den Bulcke, B., Metaxa, V., Reyners, A. K., Rusinova, K., Jensen, H. I., Malmgren, J., Darmon, M., Talmor, D., Meert, A.-P., Cancelliere, L., Zubek, L., Maia, P., Michalsen, A., Kompanje, E. J. O., Vlerick, P., Roels, J., Vansteelandt, S., Decruyenaere, J., Azoulay, E., & Vanheule, S. (2020). Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. <i>Intensive Care Medicine</i> , 46(1), 46–56. https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00134-019-05829-1	Studien undersöker om etiska faktorer leder till att intensivvårdspersonal slutar på sitt arbete. Den svarar därför inte på syftet.
Walker, R., & Read, S. (2010). The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. <i>International journal of palliative nursing</i> , 16(6), 267–273. https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.6.48825	Studien undersöker upplevelser efter implementering av en typ av riktlinje inom palliativ vård. Den svarar därför inte på litteraturstudiens syfte.
Westphal, D. M., & McKee, S. A. (2009). End-of-life decision making in the intensive care unit: Physician and nurse perspectives. <i>American Journal of Medical Quality</i> , 24(3), 222–228. doi:10.1177/1062860608330825	Kvantitativ studie.
Wessman, B. T., Sona, C., & Schallom, M. (2017). Improving Caregivers' Perceptions Regarding Patient Goals of Care/End-of-Life Issues for the Multidisciplinary Critical Care Team. <i>Journal of intensive care medicine</i> , 32(1), 68–76. https://doi.org/10.1177/0885066615606063	Kvantitativ metod.
Wiegand, D. L., Cheon, J., & Netzer, G. (2019). Seeing the Patient and Family Through: Nurses and Physicians Experiences With Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in the ICU. <i>The American journal of hospice & palliative care</i> , 36(1), 13–23. https://doi.org/10.1177/1049909118801011	Familjeperspektivet
You, J. J., Downar, J., Fowler, R. A., Lamontagne, F., Ma, I. W., Jayaraman, D., Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Ilan, R., Nijjar, A. P., Neary, J., Shik, J., Brazil, K., Patel, A., Wiebe, K., Albert, M., Palepu, A., Nouvet, E.,	Kvantitativ metod.

<p>des Ordons, A. R., Sharma, N., ... Canadian Researchers at the End of Life Network (2015). Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. <i>JAMA internal medicine</i>, 175(4), 549–556. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.773</p>	
<p>Ke, Y. X., Hu, S. H., Takemura, N., & Lin, C. C. (2019). Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. <i>International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care</i>, 31(10), 741–747. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz003</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>

Bilaga 5: Extraktion och syntes

Intensivvårdssjuksköterskor och läkares upplevelser av interprofessionellt samarbete kring vård vid livets slutskede

Artikel/sida/ rad/kolumn	Extraherade data	Sammanfattning	Subtema	Huvudtema
<p>Natalie S. McAndrew & Jane S. Leske (2015)</p> <p>Sida: 364 Rad: 2-8</p>	<p>It was important for nurses and physicians to engage in intentional communication and collaboration, in which they shared knowledge, information, and concerns about a plan of care with fellow nurses, physicians, patients, and family members. Intentional communication is an important distinction. Nurses and physicians constantly communicate and interact in practice; however, everyday interactions did not consistently meet the goal of shared decision making.</p>	<p>Kommunikation bör ske med intentionen att diskutera varandras åsikter kring patientens behandling. Trots att sjuksköterskor och läkare samtalar regelbundet, så sker sällan kommunikation med mål att diskutera behandlingsstrategi, vilket hindrar det gemensamma beslutsfattandet.</p>	<p>Kommunikationens betydelse</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 364 Rad: 21-25</p>	<p>Certain factors made communication and/or collaboration difficult. Some of these factors were uncertainty about a patient's prognosis, lack of clear documentation of treatment goals to understand where the decision-making process was at.</p>	<p>Osäkerhet kring patientens prognos och bristande dokumentation om vårdplaner och beslut leder till sämre kommunikation och samarbete.</p>	<p>Kommunikationens betydelse</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 364 Rad: 25-27</p>	<p>A nursing concern was "crisis decision making," and nurses felt very strongly that end-of-life decision-making conversations did not occur as early as they should in practice.</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde att diskussionen om vårdbegränsningar borde tas tidigare under patientens vårdtid.</p>	<p>Tidpunkt för beslutet</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>

Sida: 364 Rad: 30-36	Clear communication was a skill both professionals used when attempting to engage in collaborative end-of-life discussions. Intentional communication and collaboration were facilitated by early conversations with patients and families, detailed handoffs between physicians and nurses, consistent messages among nurses, physicians, patients, and families, knowing the people involved in the decision making.	Tidiga samtal med patient och anhöriga, detaljerade rapporter mellan sjuksköterska och läkare, konsekvent information mellan sjuksköterskor, läkare, patient och anhöriga, främjande samarbetet och ledde till tydligare och gemensam kommunikation vid vård i livets slutskede.	Kommunikationens betydelse	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 365 Rad: 1-4 Kolumn: -	Nurses and physicians described key behaviors that helped maintain balance in end-of-life decision making. These factors included a team approach and shared goals, understanding the perspectives of those involved, and knowing your own beliefs.	Samarbete, gemensamma mål och förståelse för alla inblandade parter var viktiga delar för ett balanserat beslut vid vård i livets slutskede.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 365 Rad: 22-25 Kolumn: -	In contrast, some factors caused an imbalance during end-of-life decision-making situations, such as uncertainty about a patient's prognosis, feeling powerless in the end-of-life decision-making process, difficult family dynamics, and recognizing patient or family suffering.	Vissa faktorer försvårade beslutsfattandet vid vård i livets slutskede. Dessa var osäkerhet kring patientens prognos, känslan av maktlöshet, svår dynamik bland anhöriga, samt att se patient och anhöriga lida.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 366 Rad: 9-13 Kolumn: -	Nurse-physician communication and collaboration during end-of-life decision making did not always occur. The consequence of an imbalance among emotional responsiveness,	Sjuksköterska och läkare hade inte alltid en kommunikation och samarbete under beslut kring vård i livets slutskede. Konsekvenser av komplicerad	Komplext beslut	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen

	professional role and responsibilities, and communicative or collaborative behaviors during end-of-life decision making was moral distress.	beslutsprocess var etisk stress.		
Liz Flannery et al. (2020) Sida: 313 Rad: 30-36 Kolumn: Vänster	The role of doctors in EOL decision-making was that of a primary decision-maker, while nurses expressed perceptions of varying levels of responsibility and inclusion in the decision-making process. The statement “I don't think ... we have much of a say” (1 RN) suggested that even though nurses acknowledged they were included in decision-making, they perceived their input to be minimal.	Läkarens roll är att vara den med det yttersta ansvaret kring beslutsfattandet. Sjuksköterskor upplever att deras synpunkter vid beslut om vårdbegränsningar inte är av betydelse.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 313 Rad: 49-51 Kolumn: Vänster	Doctors identified the need for team input in decision-making, and although they recognised that the final decision was theirs, they identified the need for input from nurses.	Läkare önskar hela teamets synpunkter, speciellt sjuksköterskans, inför beslutsfattande.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 313 Rad: 13-16 Kolumn: Höger	Although doctors identified nurses as being integral to the decision made, it is interesting to note that nurses perceived they were not included in the decision-making process and felt their opinions were not highly valued.	Sjuksköterskor upplevde att de inte var inkluderade i beslutsprocessen, och att deras åsikter inte var av betydelse. Läkare upplevde sjuksköterskors åsikter som en viktig del i beslutsfattandet.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 313 Rad: 23-32 Kolumn: Höger	In this phase, all the doctors interviewed identified the need to gain input from nursing staff, thus revealing the integral role nurses	Alla de intervjuade läkarna lyfte behovet av sjuksköterskors synpunkter och kunskap om patienten, vilket belyser vikten av sjuksköterskors delaktighet i processen.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen

	played in this process. The nurses' information and knowledge of the patient was fundamental in informing doctors' decision-making.			
Sida: 313 Rad: 36-39 Kolumn: Höger	Nurses and doctors both identified that there were inconsistencies in EOL decisions. Some inconsistencies were related to which doctor was leading the decision-making process.	Sjuksköterskor och läkare upplevde att beslut om vårdbegränsning kunde vara inkonsekvent, beroende på ansvarig läkare.	Komplext beslut	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 314 Rad: 14-18 Kolumn: Vänster	Allowing this time for the family to come to terms with the patient's impending death was also a factor that caused disagreement between doctors and nurses. While doctors perceived they were providing care to the family, nurses focused on the patient and felt that prolonging treatment was detrimental.	Det kan skapas oenighet mellan läkare och sjuksköterska om beslutet om vårdbegränsning fördröjs till följd av att anhöriga ges till insikt och acceptans. Läkare såg detta tillfälle till att ge stöd och omtanke till anhöriga medan intensivvårdssjuksköterskor fokuserade på patientens bästa, och ville inte att lidande skulle förlängas.	Tidpunkten för beslutet	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Laura Anne Brooks et al. (2017a) Sida: 164 Rad: 19-25 Kolumn: Vänster	Participants acknowledged the need for collaboration between all parties involved in decision making regarding EOL care plans. They spoke about the need for a consensual view, open communication, and a unified culture when explaining the importance of collaboration. Participants emphasised the positive effects of collaboration, and having everyone in the treating team having similar goals for the patient.	Samtycke i arbetsgruppen och öppen kommunikation var viktigt för ett gott samarbete. Alla i gruppen bör sträva efter samma mål för patienten.	Kommunikationens betydelse	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen

<p>Sida: 164 Rad: 31-36 Kolumn: Höger</p>	<p>Participants discussed experiencing difficulties in communication and decision making at EOL, such as language barriers, poor communication and clinician inexperience in conducting difficult conversations. Participants also expressed frustration with the timing of EOL decision making, suggesting that discussion about decision making occurred too late.</p>	<p>Deltagare uttryckte frustration när diskussionen om vårdbegränsningar togs upp för sent i vårdförloppet. Språkbarriärer, dålig kommunikation och oerfaren personal upplevdes som hinder i beslutsfattandeprocessen.</p>	<p>Tidpunkten för beslutet</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Hanne Irene Jensen et al. (2013) Sida: 97 Rad: 1-14 Kolumn: Höger</p>	<p>Both intensivists and primary physicians found that nurses do not always understand the complexity of making end-of-life decisions: “And then there is this one about the nurses being with the patient eight hours and they see the suffering. They often find it worse than we do and we often meet a pressure to withdraw. We lack the mutual understanding of which roles we each play in this and that it is not especially easy to do as one pleases with life and death in this way and play God Almighty” (intensivist).</p>	<p>Läkare tycker att sjuksköterskor inte förstår komplexiteten i beslut om vårdbegränsningar. En läkare beskriver att de saknar en gemensam förståelse för varandras yrkesroller.</p>	<p>Komplext beslut</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 97 Rad: 28-35 Kolumn: Vänster</p>	<p>The groups all found that lack of continuity among the staff was sometimes a reason for end-of-life decisions being changed or postponed. Intensivists and especially nurses sometimes experienced that “new” physicians either changed earlier withholding therapy decisions or continued therapy that had become futile because they did not</p>	<p>När det inte finns kontinuitet bland personalen, kunde det leda till ändrade eller fördröjda beslut. Nya läkare hade svårare att ta beslut om att avsluta livsuppehållande behandling.</p>	<p>Tidpunkten för beslutet</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>

	want to make the decision to withdraw therapy.			
Sida: 97 Rad: 1-4 Kolumn: Höger	The groups all mentioned the importance of treatment plans, including orders to withhold therapy, being documented in detail in the hospital records to prevent uncertainty to be the reason for changes and postponements.	Deltagarna lyfte vikten av en behandlingsplan, och att detta tydligt dokumenterades i patientjournalen. Detta för att minska osäkerhet och att beslut ändras eller fördröjs.	Tidpunkten för beslutet	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 97 Rad: 11-14 Kolumn: Höger	However, nurses sometimes found that incorporation of their knowledge of the patient in end-of-life decisions to some degree depended on their ability to argue for their opinion.	Sjuksköterskor kände sig tvungna att kunna argumentera för sin åsikt, för att bli lyssnade på.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 97 Rad: 37-38 Kolumn: Höger	A good withdrawal will be when all really agree that this is the right thing to do (primary physician).	Alla i vårdteamet ska vara överens om vad som är rätt beslut, menar en läkare i studien.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Kathleen Oberle & Dorothy Hughes (2001) Sida: 709 Rad: 37-44 Kolumn: Höger	Misunderstandings and even conflicts with doctors, resulting from an inability to influence decisions and decision-making processes were sources of moral distress for every nurse interviewed. In contrast, none of the doctors interviewed identified conflicts with nurses as a source of moral distress. They acknowledged that nurses sometimes had problems with care decisions but did not define these as ethical problems.	Sjuksköterskor upplever att de inte kan påverka beslut, och det leder till etisk stress. Läkare delade inte upplevelsen av detta problem.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 710 Rad: 32-40 Kolumn: Vänster	The quandary in which doctors found themselves was stopping treatment. Although often referred to	Läkare upplevde beslutet att avsluta livsuppehållande behandling som ett	Komplext beslut	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen

	<p>as the family's decision, it was the doctor who had to take final responsibility. Doctors were expected to make the 'right' decision, even when right was by no means clear. As one doctor expressed it, "We're trained to make a decision and do it...But yet if you take the whole thing down the line it might not be the right thing to do. There's always the unknown".</p>	<p>dilemma, då det måste vara "det rätta" beslutet, vilket kan vara svårt att avgöra.</p>		
<p>Sida: 710 Rad: 2-9 Kolumn: Höger</p>	<p>Distress arose for nurses when they perceived that the patient's suffering was intensified because doctors just could not or would not write the 'appropriate' orders. There was, however, paradoxical thinking evident in many of the nurses' responses. Whereas they expressed concern that the doctor had not made the 'right' decision, they also recognized that the decisions were difficult, and that outcomes were, indeed, uncertain.</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde att patienten blev lidande, på grund av en lång och utdragen beslutsfattandeprocess. De var samtidigt medvetna om att beslutet ibland kan vara svårt att ta.</p>	<p>Tidpunkten för beslutet</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 711 Rad: 24-26 Kolumn: Vänster</p>	<p>Doctors experienced problems with the hospital hierarchy in that they did not always feel free to make the best decisions or obtain the best care for their patients.</p>	<p>På grund av hierarkisk miljö kände läkare att de inte kunde ta rätt beslut för deras patienter.</p>	<p>Komplext beslut</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 711 Rad: 43-46, vänster kolumn Rad: 1-2, höger kolumn</p>	<p>For nurses, ethical problems were related to their 'lower' position on the hierarchical structure: not being listened to by doctors; being expected to remain silent even when witnessing wrong choices;</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde etiska dilemman relaterat till deras "låga" hierarkiska status. De kände att de inte blev lyssnade på och att de inte kunde påpeka deras synpunkter.</p>	<p>Delat beslutsfattande</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>

	being unable to impact on decisions, despite their professional assessment and detailed understanding of the patient's condition.			
Sida: 711 Rad: 35-40 Kolumn: Vänster	Clearly poor communication was a source of distress. Conversely, effectual communication was offered by both groups as the solution to many of the problems.	Dålig kommunikation leder till stress.	Kommunikationens betydelse	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Laura Anne Brooks et al. (2017b) Sida: 338 Rad: 37 Kolumn: Vänster	Nurse and physician participants spoke about the need for discussions about a patient's EOL wishes earlier in their admission, before the patient's condition deteriorated.	Beslut om vårdbegränsningar diskuteras för sent, anser både sjuksköterskor och läkare.	Tidpunkten för beslutet	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 338 Rad: 1-4 Kolumn: Höger	Poor timing of EOL care discussions was associated with patient and family distress, and discomfort for health care professionals directly involved with patient care.	Fördröjda diskussioner om vårdbegränsningar ledde till negativa känslor hos patient, närstående och vårdpersonal.	Tidpunkten för beslutet	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 339 Rad: 52-53, vänster kolumn Rad: 1-5, höger kolumn	One physician described the challenges of having multiple health care providers caring for 1 patient, stating that it is hard to achieve multidisciplinary acceptance of an EOL care plan when you have "mixed messages from ICU staff, from other units, between doctors, between nurses, when making a final decision to palliate"	En läkare beskriver svårigheterna med att ta beslut om palliation när alla i vårdteamet ska ha en åsikt och vara överens.	Delat beslutsfattande	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Maureen A. Coombs et al. (2012)	However, making a diagnosis of dying was not only informed by objective clinical data and decision	Övergången från kurativ till palliativ vård var problematisk, inte bara på grund av tolkningen av	Komplext beslut	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen

Sida: 523 Rad: 49-54 Kolumn: Vänster	making variables. Individual viewpoints, beliefs and experiences of medical staff were also factors that made identification of the transition point from intervention to end of life care, problematic.	kliniska data, utan även individuella synpunkter och erfarenheter spelade in.		
Sida: 523 Rad: 25-29 Kolumn: Höger	All intensive care medical staff identified that this was a demanding decision due to its ultimate outcome: the patient's death.	All intensivvårdspersonal höll med om att det var ett tufft beslut.	Komplext beslut	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 523 Rad: 48-56 Kolumn: Höger	Achieving consensus about the transition from intervention to end of life with referring clinical teams was seen to be problematic at times by doctors and nurses in intensive care.	Sjuksköterskor och läkare upplevde övergången från kurativ till palliativ vård som problematisk, då alla i vårdteamet inte alltid är överens.	Tidpunkten för beslutet	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 524 Rad: 9-15 Kolumn: Höger	Gaining consensus across the health care team was an essential part of moving from active treatment to end of life care. However the need to engage all clinical teams in this process impacted on the timescale of events within intensive care, and specifically on the timing of the final stage in transition; that of approaching the family regarding treatment withdrawal.	Konsensus i vårdteamet är en väsentlig del vid övergången från kurativ till palliativ vård. Detta kan dock medföra att beslutet fördröjs.	Tidpunkten för beslutet	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen
Sida: 525 Rad: 10-18 Kolumn: Vänster	However, it was clear that nurses experienced frustration during slower transitioning to end of life care as a result of prolonged decision making across medical team.	Det fanns frustration hos sjuksköterskor när övergången till vård i livets slut tog för lång tid.	Tidpunkten för beslutet	Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen

<p>Alexandra Laurent et al. (2017)</p> <p>Sida: 2025 Rad: 15-19 Kolumn: Vänster</p>	<p>The qualitative analysis of interviews suggests that nurses see themselves as simply following orders for decisions they do not necessarily support and that these orders often prolong suffering unnecessarily. They feel unheard and powerless in the decision-making process.</p>	<p>I intervjuer med sjuksköterskorna framkom upplevelser av att de endast följer ordinationer och beslut, och tycker vissa gånger att det enbart förlänger lidandet för patienten. De känner sig maktlösa och att de inte blir hörda under beslutsfattandeprocessen.</p>	<p>Delat beslutsfattande</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 2025 Rad: 7-13 Kolumn: Höger</p>	<p>Physicians emphasized the responsibility associated with end-of-life decisions. They were responsible for continuing, limiting, or withdrawing treatment. End-of-life decisions, however, go against the very meaning of professional practice in intensive care. The feeling that medical technique has no limits was strong, forcing physicians to abandon the possibilities that medicine provides.</p>	<p>Läkare betonar deras ansvar för att besluta om att fortsätta, avstå eller avbryta livsuppehållande behandling. De menar att ta dessa beslut krockar med intensivvårdens syfte; att med avancerade medicinska åtgärder behandla svåra sjukdomstillstånd.</p>	<p>Komplext beslut</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 2026 Rad: 7-16 Kolumn: Höger</p>	<p>Indeed, although nurses feel that they must submit to medical decisions they disapprove of, they validate the need to refer to them. Some nurses dare to challenge physicians to negotiate relief for their patients' suffering. The interviews revealed the nurses' view that being ignored during the decision-making process reflected a lack of recognition by physicians.</p>	<p>Sjuksköterskor kände att de måste underställa sig medicinska beslut, som de upplever som felaktiga. Sjuksköterskor upplevde att de blev ignorerade under beslutsprocessen, och saknade förståelse från läkarna.</p>	<p>Delat beslutsfattande</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>
<p>Sida: 2028 Rad: 3-9 Kolumn: Vänster</p>	<p>Dealing with different healthcare professionals led to the emergence of conflict and tension between professionals and</p>	<p>Hantera olika synpunkter hos yrkesgrupperna ledde till att tidpunkten för beslutet fördröjdes. Läkare tyckte att sjuksköterskors</p>	<p>Tidpunkten för beslutet</p>	<p>Faktorer som påverkar samarbetet vid beslutsprocessen</p>

	<p>slowed down the decision-making process. Although end-of-life decisions are a source of conflict, physicians are aware of the significance of nurses' support in the decision-making process because this enables them to maintain consistency and credibility with the family.</p>	<p>stöd under beslutsfattandet var viktigt. Det främjade även kontakten med anhöriga.</p>		
--	--	---	--	--