



Johan Bergdahl, Matilda Ekdahl
Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap
Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, HT 2017
Grundnivå
Handledare: Kristina Eivergård
Examinator: Gunilla Johansson

**Sjuksköterskans upplevelser av beslut angående livsuppehållande
behandling inom akut- och intensivvård**
En litteraturöversikt

**Nurses experiences of decision regarding life-sustaining treatment
within emergency and intensive care units**
a literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Varje år kommer runt 400 000 patienter in på akutmottagningarna på Stockholms sjukhus. Akut- och intensivvårdens syfte är att åtgärda akuta sjukdom- och olycksfall, var på de allra svåraste sjukdomsfallen hamnar inom intensivvården, IVA. Intensivvård omfattas av specialiserad personal och modern medicinteknisk utrustning. Sjuksköterskors uppgift innebär att främja patienters hälsa, med en unik kunskap om människans helhet, med ett förhållningssätt väl förankrat inom etik. Sjuksköterskor inom intensivvården använder sig av livsuppehållande behandlingar och åtgärder, från respiratorer till läkemedel, för att rädda liv. Trots detta avlider cirka var femte patient, som är inlagd på sjukhus inom intensivvården och många patienters tillstånd kan vara i så pass kritiskt skede att kommunikation inte är ett alternativ. Sjuksköterskor inom akut- och intensivvård möter många hinder i sitt arbete för att främja patienters hälsa, och kan behöva utföra livsuppehållande åtgärder utan godkännande från patienter.
- Syfte:** Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor upplever och hanterar beslut om livsuppehållande behandling av patienter inom akut- och intensivvård.
- Metod:** Författarna har utfört en litteraturoversikt över redan befintliga studier, för att sammanfatta sjuksköterskors olika upplevelser av beslut angående livsuppehållande åtgärder, samt hur sjuksköterskor hanterar situationen.
- Resultat:** Sjuksköterskor beskrev flera hinder i beslut om livsuppehållande åtgärder, som orsakade emotionella påfrestningar. Författarna har identifierat dessa hinder som kommunikation, samarbete, planering, miljö och emotionell tyngd. Sjuksköterskor kunde även hitta ett sammanhang och en mening i sin roll som omvårdnadsexpert trots beslut om avslutande livsuppehållande åtgärder av patienter i livets slutskede.
- Diskussion:** Författarna har diskuterat metodval för studien och de olika hinder, upplevelser och hur sjuksköterskor hanterar psykisk och emotionella påfrestningar utifrån litteratur, vetenskapliga artiklar och Aaron Antonovskys sammanhangsteori och Callista Roys adaptationsmodell.
- Nyckelord:** *Sjuksköterska, upplevelser, livsuppehållande åtgärder, akut- och intensivvård*

Abstract

Background: Every year around 400 000 patients arrives at the emergency wards on the hospitals in Stockholm. Emergency and intensive care's purpose is to take care of acute cases of illness and accidents, and the most prioritized cases end up within the intensive care units, ICU. Intensive care regards specialized medical staff and modern medicinal technology equipment. Nurses' task involves promoting the patients' health, with a unique knowledge about the human with a holistic view, with an attitude well-founded in ethics. Nurses within the intensive care units use life-sustaining treatments and measures from respirators to medicines to save lives. In spite of this, approximately every fifth patient who is hospitalized in the intensive care unit passes away, and many patients' condition can be so critical that communication isn't an option. Nurses within emergency and intensive care come across a lot of obstacles in their profession to nurse the patients' health and might have to perform life-sustaining treatments without approval from the patients.

Aim: The aim of this study was to understand the nurses' experiences and how nurses handle decisions regarding life-sustaining treatments on patients within emergency and intensive care.

Method: The authors made a literature review of already existing data from scientific articles, to summarize nurses' different experiences regarding decisions of life-sustaining treatment, and how the nurses handle these situations.

Results: Nurses described different obstacles regarding decisions of life-sustaining treatment which caused emotional stress. The authors identified these obstacles as communication, cooperation, planning, environment and an emotional weight. Nurses could find a purpose and context in their role as experts of caring even though there was a decision about ending life-sustaining treatment on terminal patients.

Discussion: The authors discussed the choice of method for this study and the different obstacles, experiences and how the nurses handle psychological and emotional stress, from literature, scientific articles and Aaron Antonovsky's context theory and Callista Roy's theory about adaptation.

Keywords: *Nurses', experience, life-sustaining, emergency and intensive care.*

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Livsuppehållande åtgärder	2
Sjuksköterskans roll inom omvårdnad av svårt sjuka.....	2
Sjuksköterskans etiska grund	3
Akut- och intensivvårdens miljö och syfte	4
Problemformulering.....	5
Syfte.....	5
Teoretiska utgångspunkter.....	6
Metod.....	6
Metodval	6
Datainsamling.....	7
Analys	7
Forskningsetiska överväganden.....	7
Resultat	8
Sjuksköterskans roll.....	8
Behovet av utbildning och erfarenhet	9
Kommunikationen och samarbetets betydelse för god omvårdnad	10
Kommunikationen mellan vårdpersonalen och anhöriga	10
Delaktighet i beslut.....	11
Vårdplanering - en önskad grund	12
Hinder för god omvårdnad.....	13
Intensivvårdens hektiska miljö.....	13
Psykisk påfrestning	13
Meningsfullhet i omvårdnad vid livets slutskede.....	14
Hantera döden.....	14
Finna mening i sin roll som sjuksköterska	14
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	16
Sjuksköterskans roll.....	16
Kommunikationen och samarbetets betydelse för god omvårdnad	18
Hinder för god omvårdnad.....	19
Meningsfullhet i omvårdnad vid livets slutskede.....	20
Kliniska implikationer.....	21
Förslag till fortsatt forskning	21

Slutsats.....	22
Referensförteckning	23
Bilaga 1. Sökmatrix	26
Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat	27

Inledning

Livsuppehållande behandlingar och åtgärder för patienter i akuta skeden är situationer vårdpersonal får kämpa med årligen i sitt arbete. Hur väl vårdpersonal än tar hand om patienterna, både medicinskt och omvårdnadsmässigt, räcker det inte alltid till. "Snälla. Jag orkar inte mer. Kan du inte, snälla, bara ta av den och låta mig dö!" är en av många olika meningar författarna hört i sina arbeten inom akutvård. Inom akutvården kan patienternas tillstånd vara kritiskt och det kan finnas ett behov av att bli uppkopplad till medicinskteknisk utrustning, för att få hjälp med respiratoriska samt cirkulatoriska problem då kroppens resurser inte räcker till. Författarna har valt att belysa hur sjuksköterskor upplever fenomenet beslut angående livsuppehållande behandlingar och hur sjuksköterskor inom akutvården hanterar dessa situationer.

Bakgrund

Drygt 403 000 patienter kommer årligen till akutmottagningar runt om Stockholms fem stora sjukhus, Danderyd sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus, Södersjukhuset, Karolinska Solna och Karolinska Huddinge, enligt "Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Akutmottagningarna består av olika inriktningar, allt från internmedicin till kirurgi. Slutrapporten visar även en ökning av besöken inom akutmottagningarna med ett genomsnitt på 4,5 procent mellan åren 2007-2012.

Flertalet av de patienter som blir inskrivna på akutmottagningar hamnar på någon av de olika avdelningarna beroende på åkomma, sjukdomsfall eller allvarlighetsgrad, och ett antal patienter kräver mer avancerad behandling som respiratorer eller annan livsuppehållande behandling (Almerud Österberg & Nordgren, 2012).

Skjaker, Hoel, Dahl och Stavem (2017) utförde en studie för att identifiera faktorer som kan associeras med att man drar tillbaka livsuppehållande behandlingar på patienter inom akutvården. Studien inkluderade 936 patienter varav 241, strax över en fjärdedel av patienterna, fick någon form av restriktion på livsuppehållande åtgärder. De vanligaste sjukdomarna bland de 241 patienterna visade på respiratoriska eller hjärt- och kärlsjukdomar med en medelålder på 70 år och i regel var dessa patienter multisyka. Dessa faktorer kan då leda till att det utförs restriktioner gällande livsuppehållande åtgärder.

Livsuppehållande åtgärder

I "Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling" (Socialstyrelsen, 2011) definieras livsuppehållande behandling som en behandling för att upprätthålla andning, cirkulation eller födo- och vätskeintag för patienter som inte kan stödja dessa livsnödvändiga funktioner själv. Behandlingar kan innebära kirurgiska ingrepp som amputation eller läkemedelsbehandlingar med till exempel vätskedrivande. Livsuppehållande behandlingar kan även avses med åtgärder. Åtgärderna stödjer kroppens livsnödvändiga funktioner. Andningsstödjande åtgärder kan vara syrgasbehandling eller respiratorbehandling och problem med cirkulationen kan åtgärdas med hjälp av pacemakerbehandling eller hjärt- och lungräddning, även kallat HLR,

Enligt "Hjärtstopp inom sjukvården" (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2015) kan en patient önska att inte få hjärt-och lungräddning, ett så kallat ej HLR/0-HLR beslut. Dessa beslut tas i samråd med läkare då man övervägt de skador jämfört med nyttan som kan medföras med att återställa cirkulationen efter ett hjärtstopp. I regel är det för patienter med hög ålder, kort förväntad överlevnad eller som lider av dålig livskvalitet. Läkare ska dokumentera ej HLR beslut i patientens journal. När beslutet är taget får vårdpersonal inte längre utföra assisterad cirkulation i form av hjärt- och lungräddning på en patient.

Nästintill all vård är frivillig för patienter, förutom de patienter som hamnar inom vården på grund av smittskyddslagen och lagen om psykiatrisk tvångsvård enligt "om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling" (Socialstyrelsen, 2011). Sjukvårdspersonal kan inte tvinga en patient till vård, till exempel livsuppehållande åtgärder som HLR, och patienter kan även välja att avsluta behandlingar som redan har påbörjats. Dessa regler och lagar är till för att skydda patienter och för att sjukvården ska upprätthålla en god vård, byggd på människans integritet och autonomi och låta patienterna vara delaktiga i beslut om sin egen vård och omvårdnad. Lagarna och reglerna innebär att sjukvårdspersonalen måste anpassa information till patienter individuellt efter patientens hälsotillstånd. Behandlingen ska då väga nytta mot skada, då en behandling kan medverka till smärta, obehag och mer lidande för en patient. Förutsatt att patientens psykiska status är adekvat och hen har uppfattat informationen, kan patienter i samråd med legitimerad vårdpersonal göra ett ställningstagande om att livsuppehållande behandling ska ges, eller inte får ges.

Skjuksköterskans roll inom omvårdnad av svårt sjuka

Sjuksköterskan besitter en unik kunskap inom hälso- och sjukvården. Medicinsk vetenskap hjälper kroppen att återställa en biologisk balans när kroppens organ sviktar genom läkemedel

och behandlingar. Sjuksköterskans expertis ligger grundad i omvårdnadsteorier som lyfter fram ett holistiskt perspektiv på sjukdom och hälsa. Sjuksköterskans perspektiv innebär att se människans helhet med känslor, rädsla och hopp och inte bara en biologisk kropp och på så vis främja människans hälsa. Inom vården blir patienten beroende av sjukvårdspersonalen. Patientens autonomi och integritet kan bli hotat och upplevelsen av välbefinnande, sammanhang eller mening försvinner. Sjuksköterskan inom sin roll som omvårdnadsexpert ska arbeta med hjälp av evidensbaserad kunskap, omvårdnadsteorier, patientens anhöriga och etiska grunder för att på så vis främja patienternas hälsa och utforma en individanpassad vård (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012; Willman, 2014).

I en Studie av Davis, Reddihough, Muprhy, Epstein, Reid, Whitehouse, Williams, Leonard och Downs (2017) undersöktes vad som var de viktigaste aspekterna i livet för att uppnå livskvalitet hos patienter. Kommunikation och autonomi var några av de olika teman studien påvisade var viktiga för att uppnå en god livskvalitet och hälsa. Sjuksköterskan kan med hjälp av dessa resurser som kommunikation och autonomi främja livskvalitén och hälsan trots en skada, sjukdom eller nedsatt funktion. Detta bör beaktas av vårdpersonal i beslut angående livsuppehållande åtgärder eller restriktioner.

Sjuksköterskan arbetar ständigt för att förebygga hälsorisker, stödja det friska och genom att undervisa patienter och dess anhöriga stödja och främja hälsa trots sjukdom och lindra lidande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

DeSanto-Madeya och Sadizadeh (2017) beskriver i en litteraturstudie hur sjuksköterskan är en viktig komponent för anhöriga och patienter i vården. När patientens kommunikation sviktar blir anhöriga en viktig källa av information vid viktiga beslut. Anhöriga i studien beskrev hur läkare var frånvarande men sjuksköterskor fanns där för både patienten och de anhöriga i svåra tider. Anhöriga ansåg att sjuksköterskor var huvudkällan när det gällde information angående patienten och uttryckte att de kände en tillfredsställelse av sjuksköterskans kompetens och medkänsla för patienten.

Sjuksköterskans etiska grund

Sjuksköterskan arbetar på en stark etisk grund med några etiska principer att följa (Sandman & Kjellström, 2013). En av de etiska principerna är autonomiprincipen, om att sjuksköterskan har en moralisk skyldighet att låta patienter bestämma över sina egna liv och beslut. Göra-gott-principen om att sjuksköterskan har en skyldighet att främja det goda och förebygga skada hos människor för att stärka hälsan, samt icke-skada-principen om att sjuksköterskan inte ska orsaka en skada i form av kränkt integritet eller fysisk smärta. Icke-skada och göra-

gott-principen kan dock hamna i konflikt med varandra och sjuksköterskan måste överväga ifall risken för skada är värt chansen om förbättring. Ifall chansen om förbättring väger över anses göra-gott-principen övervägande gentemot icke-skada-principen.

I en studie av Koharchik, Vogelstein, Devido och Evatt (2017) beskriver författarna hur etiska fall och dilemman i sjuksköterskeutbildningen är essentiellt för att förbereda sjuksköterskor för situationer som kan uppstå inom vården. Utbildning och erfarenhet av etiska dilemman erbjuder en unik möjlighet för studenter att identifiera etiska problem inom vården. Till exempel det etiska dilemmat med att utfärda livsuppehållande åtgärder på patienter som saknar förmågan att kommunicera. Utbildning i vårdetik ger sjuksköterskan en stark grund i vad som är rätt och fel inom vård och omvårdnad.

Almerud Österberg (2014) påpekar även att vård vid akuta skeden innebär att vårdrelationen mellan sjuksköterskan och patient blir extra ömtålig. Inom intensivvården där modern medicinteknik utgör en stor del av patientens vård är det extra viktigt för sjuksköterskan att inte låta tekniken ta över patientens autonomi och inte glömma bort det holistiska perspektivet på människan. Trots svår sjukdom och beroende av medicinska åtgärder är människan fortfarande en unik individ med egna och autonoma värderingar.

Akut- och intensivvårdens miljö och syfte

Till skillnad från planerad vård, med behandlingar och undersökningar, handlar akutsjukvård om de sjukdom- och olycksfall som inte kan vänta och kräver snabba åtgärder.

Akutmottagningar, till skillnad från vårdcentraler, besitter en bred kompetens bland vårdpersonal och en varierande mängd läkemedel och medicinskteknisk utrustning. Läkarna på akutmottagningarna bestämmer vilken avdelning patienter ska till beroende på deras sjukdomsbild och tillstånd, t.ex. medicin, infektion eller kirurgavdelningar. De allra svåraste fallen hamnar på intensivvårdsavdelningar, IVA. Intensivvårdsavdelningar finns till för de mest kritiska patienterna och innefattar specialiserad personal, kontinuerlig övervakning, medicinska kontroller och en rad av medicinskteknisk utrustning som respiratorer och övervakningsutrustning (Arvidsson, 2013; Almerud Österberg & Nordgren, 2012).

Socialstyrelsen (2017) beskriver livshotande tillstånd som en fara för en patients liv på grund av sjukdom eller skada. Livshotande tillstånd kan innebära att patienten är i behov av livsuppehållande behandling vilket betyder behandling som finns till för att upprätthålla patientens liv.

Akutvårdens syfte är att patienter inte ska avlida, utan återfå sin hälsa, men flest patienter på sjukhusen avlider på intensivvårdsavdelningarna (Tirgari, Azizzadeh Forouzi, Razban &

Alimirzaei, 2016). Det räknas att cirka var femte patient som avlider på sjukhusen avlider inom just akutvård. Akutvårdssjuksköterskor i studien beskrev en stress och sorgereaktioner, särskilt när det handlar om livsuppehållande behandlingar.

Minton, Batten och Huntington (2017) skriver i sin studie att både patienter, anhöriga och sjuksköterskor finner den högteknologiska miljön på en intensivvårdsavdelning likt en barriär för anhöriga att kunna vara nära patienten. Den teknologiska miljön hindrar både psykiskt och fysiskt genom att ge ljud ifrån sig och ta upp plats kring patienten. Författarna menar dock på att trots modern utrustning kan sjuksköterskan arbeta runt detta och ge god omvårdnad och genom sitt arbete förbättra livskvaliteten för patienter inom intensivvård.

Oljud och oväsen, från till exempel utrustning på en intensivvårdsavdelning, påverkar människan omedvetet och hur ljudet uppfattas är individbaserat. Ljud kan skapa ett obehag, och leda till irritation och hindra samtal och aktiviteter. Det är viktigt för vårdpersonal att arbeta för att dämpa ljudnivån på avdelningar. Oväsen, stress och brist på enskilda rum inom intensivvårdsavdelningar har upplevts som problem. Enskilda rum kan, till skillnad från flersalar, erbjuda utrymme och tystnad, vilket hjälper patienter och anhöriga att upprätthålla integritet och lugn i livets slutskede (Edvardsson & Wijk, 2014; Mani, 2016).

Problemformulering

Sjuksköterskor inom akut- och intensivvård möter olika patienter under sina arbetspass och tyvärr överlever långt ifrån alla patienterna. Sjuksköterskan har genom sin utbildning en helhetssyn på patienternas hälsa och vad som kan stärka den. Men när kroppens funktioner och organ sviktar och det enda som finns kvar är livsuppehållande kan inte alltid sjuksköterskan arbeta för att stärka patienters hälsa. Litteraturöversikten syftar därför till att beskriva sjuksköterskors levda erfarenheter om livsuppehållande åtgärder, besluten, avslutandet och hur sjuksköterskor hanterat dessa situationer för att kunna begripa, hantera och hitta mening vid terminala skeden.

Syfte

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor upplever och hanterar beslut om livsuppehållande behandlingar av patienter inom akut- och intensivvård.

Teoretiska utgångspunkter

Antonovsky (2005) beskrev att människan kan överleva och även klara sig relativt bra trots enorma påfrestningar som hen möter i livet, i form av olika stressbelastningar. Antonovsky studerade olika generella motståndsresurser, det vill säga de resurser som ger människan ork att klara sig vid stressbelastade epoker i sina liv. Resurserna utgick ifrån pengar, jagstyrka, socialt stöd med mera. Den gemensamma nämnaren Antonovsky hittade var sammanhanget. Känslan av att något var begripligt gjorde att människan kunde genomlida ständiga stressmoment. Antonovsky valde att kalla begreppet KASAM, känslan av sammanhang. KASAM består av tre centrala komponenter, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och med dessa komponenter upplever människan ett sammanhang och klarar av extrema stressorer, som sjuksköterskor inom akut- och intensivvård där döden är en del av arbetet.

Adaptionsmodellen, utformad av Calista Roy, syftar till att människan kan hantera svåra situationer genom att acceptera eller bemästra dem. Människan kan anpassa sig i livet för att hitta en balans och uppnå hälsa. Till skillnad från många andra omvårdnadsteorier tar miljön ett stort fokus i adaptionsmodellen. Miljön är i en konstant förändring och stimulerar människan genom utmaningar vilket påverkar människans livsvillkor och händelser. Adaptionsmodellen menar därför att hälsa kan upplevas olika beroende på hur människan hanterar och anpassar sig efter miljön. Genom anpassning och hantering av den föränderliga miljön utvecklas människan i sin helhet, till exempel hur sjuksköterskan måste anpassa sig efter den konstant föränderliga miljön på akutvårdsavdelningar (Roy, 2009; Roy & Roberts, 1981; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Författarna valde att utgå från Antonovskys teori om känslan av sammanhang och Roys adaptionsmodell. Författarna anser att hantera en konstant föränderlig miljö och att sammanhangsteorin och dess komponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan appliceras på sjuksköterskans arbete i en stressfull miljö med svåra patientfall, som inom akut- och intensivsjukvård.

Metod

Metodval

Författarna har utfört en litteraturöversikt efter Friberg (2017) metod, vilket innebär att söka i den befintliga forskningen som finns över vårt ämne i dagsläget. Forskningen ger oss en bild över det aktuella kunskapsläget i det valda omvårdnadsrelaterade området och i detta fall en

större förståelse av ett fenomen, vilket i denna litteraturöversikt behandlar fenomenet sjuksköterskans upplevelser av beslut angående livsuppehållande åtgärder inom akut- och intensivvården. Litteraturöversikten över fenomenet har hjälpt författarna att belysa de upplevelser och problem som kan uppstå i området och skapa en grund för kommande studier. Både kvantitativa och kvalitativa studier kan ingå i litteratursökningen. Författarna har valt att fokusera på kvalitativa studier, då en kvalitativ studie utforskar ett fenomen och upplevelser mer än en kvantitativ studie.

Datainsamling

Studierna till arbetet har sökts och hittats i olika databaser, som CINAHL Complete, MEDLINE, Nursing & Allied Health Database och PubMed för att finna material angående omvårdnad, hälsa och medicin. Artiklarna har sökts med hjälp av specifika sökord som är anpassade efter författarnas syfte med litteraturöversikten, med ord så som: *Nurses experience, life-sustaining treatment, life support, end-of-life-care, withdraw, withholding, intensive care*, och *ICU*, samt *or* mellan synonymer. För att få ut relevanta artiklar avgränsades sökningar till Peer reviewed, free full text, english language och artiklarnas publiceringsår begränsades mellan 2000-2017 för att forskningen skulle anses mest relevant.

Analys

I denna litteraturöversikt har datainsamlingen analyserats i enlighet med Friberg (2017). Artiklar som författarna har sökt och läst har avgränsats till relevans i förhållande till syfte, innehåll och etiska aspekter. Fribergs förslag på analys grundas i ett kritiskt förhållningssätt, i att artiklar har lästs av båda författarna till examensarbetet flera gånger för att förstå helheten, identifiera likheter och skillnader i artiklarna samt göra en sammanställning av analysen på artiklarna och sortera det innehåll som författarna funnit. Artiklar som använts har lästs igenom flertal gånger och nyckelord och teman har strukits under för att hitta likheter och skillnader i de teman författarna har identifierat. Innehållet analyserades och sammanställdes i dess likheter och skillnader till fyra teman och åtta subteman.

Forskningsetiska överväganden

Varje forskningsprojekt eller uppsats som genomförs ska genomsyras av etiska aspekter då forskningsetik handlar om och finns till för att värna om människans grundläggande

rättigheter (Sandman & Kjellström, 2013). Författarna har i enlighet med forskningsetiken reflekterat över alla moment vi genomfört i litteraturöversikten genom hela projektet. Från etiska aspekter i vetenskapliga artiklar till metoder i artiklarna. Litteraturöversikten baseras på att göra gott, och se till att personer som ingått i studier har givit samtycke till att medverka i studier och att de informerats om konfidentialitet. Målet med forskningsprojekt eller studentuppsatser är att värna om människans värde och förbättra allt från livet för den enskilda individen, till samhället. I studier finns alltid en risk att information tillkommit på obefogat vis, och med ett forskningsetiskt förhållningssätt kan vi skydda personer som deltar och bemöta dem med respekt. I litteraturöversikten har den data som samlats in analyserats och lästs igenom för att säkerhetsställa att all litteratur har utförts forskningsetiskt, noggrant översatts för att inte missförstå data, samt inte utelämna relevant forskning och data som inte stödjer författarnas syfte och teorier. Författarna har även tagit hänsyn till sin egna förförståelse i ämnet genom reflektion och diskussion, i och med egna erfarenheter och upplevelser via arbete inom akutvård, och aktivt arbetat för att ha ett objektiva möte med ämnet till litteraturöversikten i och med författarnas tidigare erfarenhet inom akutvård. Författarna har även använt sig av lexikon för en korrekt översättning och förståelse av artiklar på engelska.

Resultat

Analysen av de vetenskapliga artiklarna har delats upp i fyra huvudteman med åtta tillhörande subteman. Dessa teman påvisar sjuksköterskors upplevelser av livsuppehållande åtgärder inom akut- och intensivvård. Teman var: *Sjuksköterskans roll, kommunikation och samarbetets betydelse för god omvårdnad, Hinder för god omvårdnad och Meningsfullhet i omvårdnad vid livets slutskede.*

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans roll vid beslut om avslutande av livsuppehållande behandling har beskrivits som att sjuksköterskor upplever sig ansvariga för att involvera alla inblandade i beslutet (McAndrew & Leske, 2014). Sjuksköterskorna menade att de ska kommunicera och hålla patienten och dess anhöriga uppdaterade med information och se till att patienten är bekväm. Sjuksköterskor beskriver sig som att vara patienters eller anhörigas förespråkare. Att vara patienters röst ansågs viktigt av sjuksköterskor, då de vill bidra till en vårdplan som inte

orsakar onödigt lidande för patienten. Sjuksköterskorna kände att de hjälpte patienten och anhöriga att få sina röster hörda, genom att dela med sig av information angående patienten till läkare som i slutet tar besluten om behandling.

Sjuksköterskor i studien av McMillan (2008) beskrev sin roll som förespråkare viktig i det faktum att sjuksköterskorna är närmast patienten och dess anhöriga och genom att tala med dem har sjuksköterskan en bättre insikt och starkare position i att påverka beslut om avslutande behandling, alternativt fortsatt behandling. Sjuksköterskor hade även beskrivit att det var deras plikt i rollen som sjuksköterska, att skydda patientens integritet och försäkra att besluten som tas är vad som hade önskats. Sjuksköterskor beskrev även sin professionsroll som ett stöd, ett stöd för både patienter och dess anhöriga i svåra tider. Genom att vara ett stöd för patienter och anhöriga kunde sjuksköterskor starta en relation och grund med anhöriga för att få information och få hjälp med patienten i praktiska situationer som t.ex. matning.

Behovet av utbildning och erfarenhet

Sjuksköterskor uttryckte sig vara i behov av och vilja ha fler utbildningar i just omvårdnad vid livets slutskede. Sjuksköterskorna menade att de inte hade blivit förberedda i att ta hand om patienter och ge omvårdnad vid livets slutskede. En önskan om riktlinjer och protokoll hade identifierats av sjuksköterskor och gärna träning och utbildning i hur man ska kommunicera med familjer (Espinosa et al., 2010; Holms et al., 2014).

I studien av Holms et al. (2014) beskrev sjuksköterskorna upplevelsen att läkare förväntade sig att sjuksköterskor visste hur man skulle kunna ge vård vid terminala skeden på bästa sätt och kunna tackla dess utmaningar utan att få någon utbildning i dessa etiskt påfrestade situationer. Sjuksköterskor menade på att det enda sättet de fått lära sig att ta hand om patienter i livets slutskede, var via dåliga och bra upplevelser i sitt arbete och att titta på hur deras kollegor hanterar omvårdnad vid terminala skeden.

Sjuksköterskor menade på att erfarenhet var en avgörande aspekt. Sjuksköterskor med många års erfarenhet visste hur de skulle tackla avslutandet av livsuppehållande åtgärder, vilket medförde att de sjuksköterskorna också hade mer att säga till om vid beslut om att avsluta behandlingar. Till skillnad från nyexaminerade sjuksköterskor, som saknade erfarenhet och kände sig oförberedda samt saknade självförtroende i frågan om avslutande behandlingar och omvårdnad vid livets slutskede (Efstathiou & Walker, 2014; McMillans, 2008).

Kommunikationen och samarbetets betydelse för god omvårdnad

Det mest återkommande i studierna angående livsuppehållande åtgärder var att sjuksköterskornas positiva upplevelser av beslutsprocessen förutsatte en fungerande kommunikation mellan läkare, sjuksköterskor och anhöriga, samt samarbete. Detta för att kunna planera och nå bästa möjliga omvårdnad för patienter i livets slutskede (Brooks, Manias och Nicholson, 2017; Espinosa et al., 2010; Vanderspank-Wright et al., 2011)

Kommunikationen mellan vårdpersonalen och anhöriga

Kommunikationen understryks i flertal studier som en grund för att underlätta de emotionella påfrestningar som kan upplevas vid avslutande av livsuppehållande åtgärder, både för vårdpersonal och anhöriga (Efstathiou & Walker, 2014; Espinosa et al., 2010; Holms, Milligan & Kydd, 2014; McAndrew & Leske, 2015; Vanderspank-Wright et al., 2011).

Vanderspank-Wright et al. (2011) tematiserade sjuksköterskors upplevelse av bristande kommunikation med bland annat att arbeta i professionell ångest. Sjuksköterskor hade beskrivit hinder och konflikter som uppstod av att ”inte vara på samma sida”. Det beskrevs i studien att det saknades klar och konsistent kommunikation bland vårdpersonal, där personal upplevde att målet med behandlingar inte var fastställda och ofta ändrades. Sjuksköterskor upplevde detta som påfrestande, och beskrev det likt en ”emotionell jojo”, i och med att de hamnade i konflikt med de olika tankarna om behandling som anhöriga och läkare hade.

Bristande kommunikation är ett hinder sjuksköterskor har beskrivit likt en barriär som hindrar optimal omvårdnad. En av barriärerna var att sjuksköterskor upplevde att de önskade att bli mer involverade i patientens behandlingsplan och i kommunikationen med anhöriga. Sjuksköterskorna ansåg att de hade en helt annan utbildning än läkare, då läkare har en medicinsk utbildning och bara ser symtom och sviktande i kroppens funktioner, medans sjuksköterskornas utbildning erbjöd ett holistiskt synsätt där de såg hela patienten och dennes livsvärld. Sjuksköterskor menade på att i och med denna expertis har de en större inblick i vad som är bäst för patienten, vilket skapar en frustration bland sjuksköterskor då deras expertis knappt fick framgå i besluten om att avsluta eller fortsätta med livsuppehållande åtgärder (Efstathiou & Walker, 2014; Espinosa et al., 2010; Hov et al. 2005).

Kommunikation inom vårdteam beskrivs som avgörande. Sjuksköterskor beskrev i intervjuer hur kommunikation måste fungera mellan läkare, sjuksköterskor, patienter och dess anhöriga för att undvika missförstånd, och särskilt viktigt var det i besluten om att avsluta livsuppehållande behandlingar. När kommunikationen var bristande och planen ändrades,

fann sjuksköterskor det påfrestande att se hur anhöriga fick falska förhoppningar. Därav understryker de vikten av att läkare kommunicerar tillsammans med sjuksköterskor och anhöriga för att alla ska vara helt införstådda med patientens vårdplan (Halcomb, Daly, Jackson & Davidson, 2004; Holms, Milligan & Kydd, 2014).

McAndrew och Leske (2015) beskrev i sin studie kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor som en balanserande akt. När sjuksköterskor inte fick vara med i besluten om avslutande av behandling skapade det lidande. Sjuksköterskorna menade på att vid beslut om livsuppehållande åtgärder talar de för patienten och dess anhöriga och denna kunskap är avgörande vid beslut för att undvika onödigt lidande för patienten. Det beskrevs som att ifall sjuksköterskor och läkare använder sina olika expertområden, och balanserar detta vid beslut om avslutande behandling, behöver inte processen vara påfrestande utan nästintill en givande upplevelse.

Delaktighet i beslut

Sjuksköterskor i Kisorio och Langleys (2015) studie fick frågan ifall sjuksköterskor fick medverka och diskutera besluten om att avsluta behandlingar. Majoriteten sjuksköterskor upplevde att de inte fick vara med i besluten, trots att de skulle vilja dela med sig av sina åsikter.

Sjuksköterskor i studien av Brooks, Manias och Nicholson (2017) uttryckte frustration över hur diskussioner angående vård vid livets slutskede ofta kommer allt för sent. Både sjuksköterskor och läkare berättar om ett behov och en önskan om att diskutera besluten angående vård vid livets slutskede mycket tidigare inom vården, innan det är för sent för patienter att kunna uttrycka sin egna vilja. Deltagarna i studien föreslog att diskussioner om palliativ vård bör ske i allmänna områden och i samhället innan det är för sent och patienter åker in på en intensivvårdsavdelning. Sjuksköterskorna menar på att detta kunde få anhöriga att förstå patienters önskan.

Bristande samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor beskrevs som en konflikt och en ångest i sjuksköterskans yrke. Känslan av att inte vara på samma sida gällande vårdplanering beskrev sjuksköterskor som påfrestande och frustrerande, samt en önskan att få vara mer delaktiga i besluten angående att avsluta livsuppehållande åtgärder. Sjuksköterskornas argument var bland annat att de är med patienterna hela tiden till skillnad från läkarna. Det är sjuksköterskorna som ser effekten av diverse behandlingar, att det är de som känner till vad patienten vill via kommunikation med patient och anhöriga, samt att sjuksköterskan i sin professionella roll har ett mer holistiskt synsätt för att ta vara om patientens vilja och önskan

för en värdig död. (Espinosa et al. 2010; Halcomb et al. 2004; Hov et al. 2005; McMillan, 2015; Vanderspank-Wright et al., 2011). Sjuksköterskor i studien av Espinosa et al. (2010) beskrev att en av de mest påfrestande uppgifterna inom intensivvård var att bedriva onödig vård. Flera av sjuksköterskorna ifrågasatte värdet i behandlingar när patientens prognos inte blev bättre. Sjuksköterskorna beskrev hur de fann det svårt att bedriva vård och känslan av att bli illa till mods när behandling förlängdes utan att ha någon form av fördel för patienten.

I studien av McAndrew och Leske (2015) berättar författarna att en sjuksköterska upplevde oro över att beslut om 0 HLR oftast skedde försent. En sjuksköterska beskrev sina upplevelser av att utföra hjärt- och lungräddning på en patient. Sjuksköterskan upplevde sorg, och menar på att det påverkade sjuksköterskan emotionellt när hen utförde hjärt- och lungräddning på en patient som var runt 90 år och allt som hördes var revben som knäcktes, varpå sjuksköterskan undrade varför hen ens gjorde det, det fanns ingen mening.

Vårdplanering - en önskad grund

I studien av Holms et al. (2014) hade alla fem deltagande sjuksköterskor beskrivit att en vårdplan vid omvårdnad i livets slutskede, i detta fall LCP, hade förbättrat omvårdnaden. Vårdplaner, som LCP, hade givit en klarare guide i vad som skulle göras, mindre pappersarbete för sjuksköterskor och en bättre struktur för hur själva omvårdnaden i livets slutskede skulle gå till. Sjuksköterskorna beskrev vårdplaner som att det hade hjälpt till att standardisera omvårdnad vid livets slutskede och givit sjuksköterskorna större autonomi i sitt arbete då sjuksköterskorna inte behövde ringa läkare konstant för att få ledsagning i vårdandet. En sjuksköterska beskrev vårdplaner som att det även hjälpte patienter i att de gav patienten mer värdighet och struktur. Tre sjuksköterskor beskrev att LCP-systemet hade implementerats utan att ge sjuksköterskor utbildning i hur man gick till väga med vårdplanen, vilket skapade förvirring och osäkerhet i hur sjuksköterskorna skulle använda sig av LCP.

Även i studien av Brooks et al. (2017) hade sjuksköterskor erfarenhet av en mall för vård vid livets slutskede. Mallen inkluderade förskrivna mediciner som smärtstillande och benzodiazepin. Sjuksköterskorna beskrev att mallen för vård i livets slutskede hade hjälpt mycket i form av checklista och mediciner, dock förklarar en sjuksköterska att de känner ett behov av vidare utbildning för att kunna implementera mallen för vård vid livets slutskede på bästa sätt.

Hinder för god omvårdnad

Sjuksköterskor beskrev även komponenter som påverkar upplevelsen av beslut angående livsuppehållande behandling, vilket påverkade beslutsprocessen med en negativ upplevelse (Espinosa et al. 2010; Holms et al., 2014; 2015; McMillan, 2008).

Intensivvårdens hektiska miljö

I studien av Holms et al. (2014) beskrev sjuksköterskor även vårdavdelningarnas miljö som ett hinder vilket försvårade vårdandet i livets slutskede. Akuta avdelningar beskrevs som stressiga och högljudda vilket inte var ett idealt ställe för döende patienter och dess anhöriga. Även bristen på enskilda rum beskrevs som ett hinder, då en sjuksköterska kände att hen inte kunde ge patienter och dess anhöriga avskildhet och låta patienten behålla sin integritet.

Även sjuksköterskorna i Halcomb et al. (2004) och Efstathiou & Walker (2014) studier beskrev miljön som ett hinder, då de högljudda maskinerna på avdelningen inte bidrog till det lugn patienter och anhöriga behövde. Sjuksköterskor beskrev att de kunde trösta och underlätta för patienter och anhöriga genom att plocka bort onödig apparatur från patienten och på så vis humanisera patienten i livets slutskede. Maskiner beskrevs även som om det var en barriär som höll anhöriga ifrån patienten och att plocka bort detta hinder var viktigt för att föra patienter och anhöriga tillsammans.

Psykisk påfrestning

Sjuksköterskor beskrev många svårigheter med besluten om att avsluta emotionellt arbete. Sorg dränerade sjuksköterskornas energi, särskilt då behandling hade avslutats på yngre patienter. Flera sjuksköterskor påpekade sorg när yngre patienter var döende i och med att patienten hade ett helt liv framför sig, samt att sjuksköterskor kunde identifiera sig med patienten. Sjuksköterskorna upplevde att de kom i kontakt med sin egen dödlighet. Sjuksköterskor menade att det var lättare att avsluta behandling på äldre personer genom att tänka att patienten har levt sitt liv (Espinosa et al. 2010; Kisorio & Langley, 2015; McMillan, 2008).

Även tiden angavs som en aspekt i sjuksköterskans roll vid avslutande av behandlingar (McMillan, 2008). Det ansågs viktigt för sjuksköterskor att kunna få in en bra timing vid avslutande behandling för att kunna ge patienter och anhöriga tillräckligt med tid för att acceptera vad som händer. Sjuksköterskorna menade även på att det var viktigt för vårdpersonal med timing, ifall inte beslut gjordes i tid kan det komma som en chock. En

sjuusköterska beskrev det som att om besluten dras ut för länge känns det som man vårdar ett lik.

Meningsfullhet i omvårdnad vid livets slutskede

Hantera döden

Sjuusköterskorna beskrev olika strategier för att hantera patienter i livets slutskede. Några av strategierna var att bygga upp en relation med patienters anhöriga, prata och samarbeta tillsammans med sina kollegor, gråta och även humor beskrevs som en strategi för att orka hantera patienters död. En annan strategi som beskrevs av sjuusköterskor var den ”mekaniska sjuusköterskan”, där sjuusköterskor kopplade bort sina känslor och arbetade mekaniskt (Espinosa et al. 2010; Wu, Oliffe, Bungay & Johnson, 2014).

Sjuusköterskor beskrev att säkerhetsställa en värdig död för patienten var en viktig aspekt i arbetet (Wu et al., 2014). Att dö en naturlig död kunde dröja från dagar till veckor. Med smärtstillande och ångestdämpande läkemedel kunde sjuusköterskorna försäkra patienter tröst och välbefinnande i livets slutskede. Genom välbefinnande ansåg sjuusköterskorna att patienten fick en fridfull och värdig död. En fridfull och värdig död kunde leda till tacksamhet från anhöriga och även läkare, vilket sjuusköterskorna beskrev som en källa till att finna lycka trots beslut om avslutande av livsuppehållande åtgärder.

Finna mening i sin roll som sjuusköterska

Trots det emotionellt tunga arbetet sjuusköterskor har beskrev många sjuusköterskor vård vid livets slutskede och avslutande behandling som uppfyllande, att det gav dem en professionell mening och att det var en privilegierad roll. Sjuusköterskor kunde finna meningsskapande i de små sakerna som att kunna lindra patienter från smärta och ångest med hjälp av läkemedel eller vanlig basal omvårdnad som munvård eller att kamma patientens hår. Sjuusköterskorna menade att det var ett privilegium på det viset att de hade makten att göra det lilla extra som att fräscha upp patienterna, ta dem utomhus en sista gång, lindra smärta och ångest och skapa ett sista minne för patienter och dess anhöriga. Sjuusköterskorna påpekade att de aldrig kunde göra döden till en god upplevelse för anhöriga, men med det lilla extra kan det ändå bli en positiv upplevelse. Istället för att minnas monitorer och stress, minnas patienten som lugn, välmående och bekväm. Sjuusköterskorna menar då att de har chansen att göra en permanent skillnad i anhörigas liv. Sjuusköterskor beskrev även hur deras stöd skiftade fokus från patienten till anhöriga och att kunna lugna ner en familj eller närstående

beskrevs som en väldigt uppfyllande känsla. Sjuksköterskorna kände väldigt mycket stolthet över sitt yrke och sin holistiska expertis för att även om patienter är i livets slutskede, hade sjuksköterskan alltid chansen att hjälpa patienten och dess anhöriga (Efstathiou & Walker, 2014; Espinosa et al., 2010; Hov et al., 2005; Kisorio & Langley, 2015; Vanderspank-Wright et al., 2011; Wu et al., 2014).

Metoddiskussion

Författarna valde utifrån sitt syfte, om att utforska sjuksköterskor upplevelser och erfarenheter, att fokusera litteraturoversikten på kvalitativa studier.

Henricson och Billhult (2012) beskriver att kvalitativa studier grundas i ett holistiskt synsätt för att lära sig om specifika fenomen, till exempel sjuksköterskors upplevelser av beslut om livsuppehållande åtgärder inom akut och intensivvård. Till skillnad från kvantitativa studiers numeriska data har kvalitativa data ingen absolut sanning, dock ingen grund i felaktiga data heller då erfarenheter inte är förutbestämda. Detta medförde att författarna ansåg kvalitativa studier var lämpligast för litteraturstudien då det handlade om en ökad förståelse av ett fenomen.

Med denna grund började författarna att söka efter vetenskapliga artiklar i diverse databaser, som CINAHL Complete, MEDLINE, Nursing & Allied Health Database och PubMed. De valda databaserna erbjuder Peer reviewed artiklar, vilket författarna ansåg öka innehållets relevans. Sökningarna började med avgränsning till *nurses experiences*, *withdrawal* och *life-sustaining* och årtalen för studierna begränsades till de senaste tio åren, 2007-2017. Sökningarna gav specifika träffar angående sjuksköterskors upplevelser, men i ett väldigt avgränsat utbud. Författarna utökade sina sökningar till *views*, *attitudes* och *perspective*, *life support* och *intensive care* samt att årtalen utökades till de senaste 17 åren, 2000-2017. Författarna ansåg att äldre data kunde vara tvivelaktig i sin forskning då lagar och regler angående livsuppehållande åtgärder har förändrats över tiden. Resultaten gav ett bredare utbud av artiklar som författarna ansåg fortfarande vara relevanta till syftet.

Artiklarna författarna använt i litteraturstudien har skilt sig i datainsamlingen. Artiklarna har haft sitt ursprung från Europa, Australien, USA och Sydafrika, samt att sjuksköterskorna har skilt sig i kön, ålder och efter år av erfarenhet inom akut- och intensivvård. Författarna ansåg att vetenskapliga artiklar med datainsamling från olika bakgrunder som kön, erfarenhet och världsdel var relevant för att påvisa likheter och olikheter. Olika bakgrunder tillförde en mer forskningsetisk aspekt på litteraturstudien istället för att välja upplevelser och erfarenheter från en specifik grupp, kultur och samhälle.

Författarnas samarbete har fungerat väl. Båda författarna har erfarenhet av arbete inom medicinsk akutvård och har upplevt vård vid livets slutskede och ett gemensamt intresse för hur avslutande av livsuppehållande åtgärder upplevs. Författarna sökte och valde ut vetenskapliga artiklar tillsammans. Artiklarna som valdes ut analyserade och sammanfattade författarna enskilt för att sedan diskutera resultatet. Att analysera på egen hand för att sedan diskutera resultat medförde att författarna kompletterade varandras resultat i olika nyckelord och teman. De olika teman i artiklarna diskuterades och jämfördes med varandra för att finna likheter och olikheter i samtliga artiklar. Författarna ansåg denna metod som lyckad, därför olika tolkningar och diskussion stärkte resultatet i en mer forskningsetisk aspekt.

Litteraturöversikten har ökat författarnas förståelse av vilka problem sjuksköterskor möter inom intensivvård, samt vad sjuksköterskor önskar vid vård i livets slutskede inom intensivvård och hur sjuksköterskor hanterar de svårigheter de möter i sitt arbete.

Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturöversikten visade sjuksköterskors varierande upplevelser av beslut angående livsuppehållande åtgärder inom akut- och intensivvård. Känslor och upplevelser beskrevs både som negativa och positiva, med diverse hinder och upplevelser som kommer i vägen eller främjar sjuksköterskans egna hälsa i vård vid livets slutskede. Författarna har diskuterat sjuksköterskornas upplevelse och erfarenheter av livsuppehållande åtgärder och jämfört resultatet mot litteraturöversiktens resultat, bakgrund, syfte och teoretiska utgångspunkt för att kunna påvisa kliniska implikationer.

Sjuksköterskans roll

Resultatet påvisade även en positiv upplevelse av vårdplaner, som LCP, därför att de gav en större autonomi för sjuksköterskan i besluten om avslutande av livsuppehållande åtgärder. Vårdplaner sattes in tidigare i och med riktlinjer för när behandling avslutas och hur vården ska fortsätta. Planen innehöll direktiv för läkemedel som sjuksköterskor kunde administrera efter eget beslut. Delegering för läkemedel var en uppskattad upplevelse för sjuksköterskor därför att sjuksköterskorna fick en större autonomi i beslut om vad patienten behöver.

Författarna tolkar vårdplaner som ett verktyg för att lättare kunna adaptera en ny situation vilket gör det lättare för sjuksköterskan att kunna acceptera avslutande behandling.

Vårdplaner som sattes in tidigare skapar även en mer begriplig situation för sjuksköterskan i vårdandet av terminala patienter. Dessvärre beskrev en stor del sjuksköterskor att de saknar

utbildning i hanterandet av vårdplaner och utförandet av palliativ vård kunde därför bli felaktig.

Wheeler, Anstey, Lewis, Jeynes och Way (2014) utförde ett projekt där de utformade ett distansbaserat utbildningsprogram i palliativ vård för sjuksköterskor. Utbildningen var gjord för sjuksköterskor med ett hektiskt schema med lite tid över för studier. Programmet innehöll även självutvärdering för sjuksköterskor innan och efter de genomfört programmet. Resultatet visade bland annat hur sjuksköterskor fick ett ökat självförtroende i vård vid livets slutskede och en större förståelse i att upptäcka de behov patienter och anhöriga behöver vid livets slutskede. Studien visade även på en ökad förståelse i behovet av kommunikation med patienter och deras familjer i planeringen om palliativ vård.

Författarna har diskuterat över deras egna ökade förståelse av palliativ vård efter praktik inom ASIH, och menar efter det och resultatet av studierna i litteraturöversikten att det behövs mer grundutbildning i vård vid livets slutskede. Utbildning i allt från att förstå patienters livsåskådning till läkemedel vid palliativ vård. Studierna har visat att erfarenhet av terminala patienter har hjälpt sjuksköterskor i sitt arbete, författarna anser dock att sjuksköterskor inte bara kan invänta kunskap genom erfarenhet utan behöver utbildning och förkunskap för att kunna utföra vård och ge stöd till patienter i livets slutskede.

Studiernas resultat påpekar att vissa sjuksköterskor kände en form av lycka genom tacksamhet från kollegor och anhöriga till patienten. Författarna har tolkat fenomenet till en strategi att adaptera situationen, göra det bästa av ett annars emotionellt tungt arbete, och finna en stolthet i sitt arbete. Att göra gott. Genom att ge patienten en värdig död kunde sjuksköterskan begripa situationen och få en mening och styrka att hantera en bortgång.

När sjuksköterskor inte har erfarenhet och går från kurativ till palliativ behandling för första gången kan det dock vara svårt att adaptera och begripa sjuksköterskans roll. Hälsan går inte att främja längre. Särskilt svårt beskrev sjuksköterskor att avsluta behandling på yngre patienter där sjuksköterskor kunde identifiera sin egna verklighet till patienten, till skillnad från äldre patienter. Författarna anser att känslan grundas i brist på ett sammanhang, begriplighet och mening. Sjuksköterskor beskrev att avslutande av behandling på en äldre patient var mer begripligt därför en äldre patient hade levt ett liv till skillnad från yngre. Ett sammanhang identifierades och genom det kunde sjuksköterskor se en mening i att avsluta behandling på äldre patienter med en multisjuk sjukdomsbild.

Kommunikationen och samarbetets betydelse för god omvårdnad

Beslut om avslutande av livsuppehållande åtgärder var något sjuksköterskor beskrev sig vilja ta beslut om snabbare än läkare och anhöriga. Sjuksköterskor beskrev även en frustration över att inte få vara delaktiga i dessa beslut. Viljan i att avsluta livsuppehållande åtgärder och en önskan om att besluten togs tidigare kan grundas i sjuksköterskans kunskap om etik och att se människan som en helhet. Sjuksköterskans profession står på en grund av human- och vårdvetenskaplig expertis, med kunskap om hälsa, livskvalitet och lidande. Sjuksköterskors missnöje med brist på delaktighet kan bero på att inte känna sammanhang, begriplighet och mening i beslut. Sjuksköterskor beskrev en sorg över att vårda patienter där behandling hade pågått för länge utan resultat och hur emotionellt påfrestande det var att utföra HLR på en patient utan framtid.

Det kan tolkas enligt Antonovskys (2005) teori om KASAM att sjuksköterskorna inte kunde begripa och finna mening i att utföra t.ex. HLR, när resultatet enbart skulle orsaka mer lidande för patienten. Sjuksköterskans profession innefattar ett värde att utföra hälso- och sjukvård genom att främja en patientens autonomi och integritet. Försvinner patientens autonomi och sjuksköterskan inte kan utföra sin professionella roll som röst, förespråkare och omvårdnadsexpert försvinner sammanhanget, begripligheten och meningen i de livsuppehållande åtgärderna.

Autonomin är en viktig komponent i att uppleva mening, hälsa eller livskvalitet och det gäller både patienter och sjuksköterskor i sin professionella roll. Kommunikationen var ett frekvent återkommande tema från sjuksköterskors upplevelse i flera världsdelar. Sjuksköterskor beskrev att en bristande kommunikation var ett hinder för god omvårdnad. Läkare pratade med anhöriga om behandlingar utan sjuksköterskor och vårdplaner förändrades utan att sjuksköterskorna kunde komma till tals med sin professionella åsikt. När kommunikationen brister, fallerar även samarbetet och planeringen blir otydlig och föränderlig. Detta försvårar adaptation av emotionellt tunga situationer som beslut om livsuppehållande åtgärder.

Finna en balans och adaptera är en svår process i samspelet mellan individer och grupper (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Samspelet kräver en balans men försvåras i nya situationer ifall individers åsikter och utveckling skiljer sig åt.

För att sjuksköterskan ska kunna adaptera en svår situation krävs en god kommunikation och samspel mellan läkare, sjuksköterska, patient och anhörig för att finna en balans. När kommunikationen faller vid svåra beslut försvinner även balansen och samspelet och det kan

upplevas svårt att kunna begripa och hitta ett sammanhang för sjuksköterskor och därmed inte se en mening i behandlingar.

Sjuksköterskor beskrev även en önskan om riktlinjer eller planer för att underlätta omvårdnad vid livets slutskede. många saknade utbildning och erfarenhet av beslut om livsuppehållande åtgärder, om vad sjuksköterskan får göra och inte. Ovissheten kan upplevas som ett bristande sammanhang, därför sjuksköterskans kompetens och autonomi inte får komma till tals.

I socialstyrelsens ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig” (2015) beskrivs det hur en patient ska erhålla information angående de alternativ som finns av vård, behandlingar, undersökningar med mera. Detta gäller även patienter vars autonomi är nedsatt, till exempel demens eller annan svår sjukdomsbild, men patienter ska få information på ett så enkelt och konkret sätt som möjligt och sjukvårdspersonal ska utgå från patientens förmåga. Sjuksköterskan kan med hjälp av sin förståelse av hälsa och människan som helhet kunna argumentera för att få vara med och planera patienters vård, behandling eller beslut om livsuppehållande åtgärder. Argument som att sjuksköterskor erhåller särskilda kunskaper om hälsa, etik, tillbringar mest tid med patienter och kan individanpassa vården efter patientens unika behov. Författarna menar att ifall den kunskapen tillåts hjälpa att styra vårdplaneringen, i beslut angående livsuppehållande åtgärder, ökar chansen att sjuksköterskor ser ett sammanhang i omvårdnaden och vården hos patienter. Med ett sammanhang i vård och omvårdnaden, angående livsuppehållande åtgärder, blir vården mer begriplig och sjuksköterskan kan se ett sammanhang i sitt arbete i enlighet med Antonovsky (2005).

Författarna har diskuterat likheterna mellan artiklarna i litteraturöversiktens resultat. Författarna menar att de flesta sjuksköterskorna i studierna belyste vikten av kommunikation, samarbete och planering. Dessa teman uppkom från fenomenologiska intervjuer med sjuksköterskor från olika bakgrunder, ålder och kön, allt från män i USA till kvinnor i Australien. Författarna menar på hur viktiga komponenterna kommunikation, samarbete och planering är för att sjuksköterskor ska kunna hitta en mening och ett sammanhang i sitt arbete, vilket då styrks av sjuksköterskornas olika bakgrunder i studierna.

Hinder för god omvårdnad

Att hitta en mening och kunna adaptera palliativ vård inom akut- och intensivvård kan vara svårare för sjuksköterskor därför att akutvårdens funktion handlar om snabba åtgärder vid sjukdom- och olycksfall. Intensivvården är i en ständig förändring där patienter åker in och ut,

medicinteknisk utrustning låter och flyttas runt. Miljön på intensivvården har i studierna identifierats som ett stressmoment av sjuksköterskor. Den hektiska miljön försvårar omvårdnaden då apparater kan överta patienters autonomi. Sjuksköterskor kan förlora patientens egna behov och värderingar och fokusera på de värden modern medicinteknik visar, vilket skadar vårdrelationen då autonomi är den tyngst vägande etiska principen (Almerud Österberg, 2014; Sandman & Kjellström, 2013).

Författarna anser ändå i parallell till Roys adaptationsmodell (2009), att även om akut- och intensivvårdens hektiska miljö är ett hinder för sjuksköterskors upplevelse av god omvårdnad, så kan sjuksköterskan uppleva hälsa och en känsla av god omvårdnad trots hektisk miljö. Klarar sjuksköterskan att adaptera sig till den konstanta förändringen på en akutavdelning, med svåra patientfall på kort tid, kan sjuksköterskan utvecklas och på så vis kunna ge en god omvårdnad och vård. Känner sjuksköterskan även att hen ger god vård och omvårdnad, menar författarna i samband med Antonovskys (2005) modell, kommer sjuksköterskan stärkas i sitt arbete genom att se ett sammanhang och en mening i sin profession.

Meningsfullhet i omvårdnad vid livets slutskede

Sjuksköterskor hade även beskrivit hur de hanterar den emotionella tyngden i sitt arbete genom att distansera sig mentalt genom bland annat humor. I en artikel av Mildenhall (2012) beskriver de hur ambulanspersonal hanterar stressen i sitt arbete. Kognitiva tekniker som att distansera sig och använda sig av humor, men även problematik med att ambulanspersonal vände sig mot alkohol för att hantera stressen i yrket, identifierades i artikeln. Artikeln beskrev även hur ambulanspersonal visade stolthet i att kunna hantera allt. Artikeln menar på att distansera sig från känslor och humor är starkt förknippat på en början att utveckla posttraumatisk stress och ambulanspersonal sjukskriver sig i högre grad än vad annan vårdpersonal gör.

Fyndet i resultatet påvisar många hinder och negativa upplevelser av sjuksköterskor. Trots det beskrev sjuksköterskor hur deras arbete kunde vara givande vid avslutande av kurativ behandling. Författarna tolkar det som att erfarenhet och en god insikt i sin profession kunde resultera i en positiv upplevelse vid i livets slutskede. Sjuksköterskans arbete går ut på att stärka det friska, främja autonomi och lindra lidande. Sjuksköterskor beskrev sig kunna anpassa sitt arbete även vid terminala skeden. De små sakerna, att kamma en patients hår, vara ett stöd för anhöriga, eller bara säkerhetsställa att patienten är bekväm, smärtfri och fri från ångest, identifierade författarna som meningsskapande. Sjuksköterskor använde sin

expertis om att se människans helhet och lindra lidandet vid livets slut, accepterade situationens status och adapterade sin kompetens från akut vård till palliativ omvårdnad. Adaptionen av situationen gjorde omvårdnaden mer begriplig och sjuksköterskorna fann ett sammanhang och därför även en mening i sitt arbete vilket upplevdes som positivt.

Författarna anser efter studiernas resultat av olika tillvägagångssätt av att hantera beslut om livsuppehållande åtgärder, bör sjuksköterskor ta tillvara på Roys (2009) adaptionmodell och Antonovskys (2005) sammanhangsteori. Teorierna kan hjälpa sjuksköterskor att acceptera den verklighet sjuksköterskeyrket innebär inom intensivvård, med emotionell stress och påfrestande beslut. Genom att acceptera rollen, finna de små sakerna som ger den enskilda sjuksköterskan en känsla av sammanhang och mening i sitt yrke. Ifall sjuksköterskan inte accepterar sin roll och finner ett sammanhang och istället vänder sig till kognitiva tekniker, som distansering och humor, anser författarna att sjuksköterskor kommer få det svårare att uppleva ett sammanhang och begripa sin roll, och därmed på längre sikt kunna utsätta sig själv i fara genom psykisk ohälsa, alkoholproblematik och utbrändhet.

Kliniska implikationer

Avsikten med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av beslut angående livsuppehållande åtgärder inom akut- och intensivvård. Författarna anser att med litteraturöversikten ha lyft fram vad sjuksköterskor upplever som hinder och hur beslut om livsuppehållande åtgärder inom akut- och intensivvård kan bli en positiv upplevelse.

Litteraturstudien kan hjälpa sjuksköterskan i sitt arbete genom att vara förberedd på de hinder som uppstår vid svåra etiska beslut. Författarna anser även att litteraturöversiktens resultat är ett verktyg för sjuksköterskan genom att lyfta viktiga aspekter om hur sjuksköterskan kan adaptera och hantera svåra situationer. Litteraturöversikten kan bli en grund i hur sjuksköterskan kan finna mening i sitt arbete genom att begripa och se ett sammanhang i vad sjuksköterskans profession kan göra för den enskilda individens livskvalitet.

Förslag till fortsatt forskning

Litteraturöversikten har resulterat i en god insikt i vad sjuksköterskor i olika världsdelar och med olika bakgrunder upplever vid beslut angående livsuppehållande åtgärder inom akut- och intensivvård. Förslag för vidare forskning vore litteraturöversikter över anhöriga och, ifall möjligt, patienters upplevelse av beslut om livsuppehållande åtgärder. Resultat av litteraturöversikter från inblandade parter kan jämföras för att finna likheter och olikheter. Resultatet av den sammanfogade analysen kan påvisa en likhet av vad sjuksköterskor,

anhöriga och patienter upplever och utifrån allas upplevelser och perspektiv. Sjuksköterskans, patientens och dess anhörigas upplevelser av mening vid avslutande av livsuppehållande åtgärder kan bli ett verktyg för vårdpersonal för att främja patientens autonomi i svåra beslut.

Slutsats

Sjuksköterskor kommer alltid mötas av svåra och emotionellt tunga upplevelser i sitt arbete. Det finns inget fastbestämt hur sjuksköterskan ska bemöta dessa situationer och det finns inget bestämt om hur sjuksköterskan ska kunna underlätta de känslor som upplevs vid beslut angående livsuppehållande åtgärder. Människan är en egen individ, med sina egna känslor och sin egen livsåskådning. Däremot kan mötet med patienter i livets slutskede, och besluten om livsuppehållande åtgärder, underlättas genom en god kommunikation där läkare och anhöriga lyssnar och tar in sjuksköterskans unika förhållningssätt och expertis. Ett förhållningssätt grundat i etik, värdet av människans autonomi och värdet i principen om att göra gott. Genom en god kommunikation kan en balans upprätthållas mellan vårdpersonal och vårdtagare, samtliga inblandade kan samarbeta och acceptera beslutet angående livsuppehållande åtgärder. Genom ett gemensamt beslut kan de även adaptera situationen och finna begriplighet, sammanhang och mening i vården vid livets slutskede inom akut- och intensivvård.

Referensförteckning

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Almerud Österberg, S. (2014) Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 687-702). Lund: Studentlitteratur.
- Almerud Österberg, S., & Nordgren, L. (2012). Att vara patient inom intensivvården. I S. Almerud Österberg & L. Nordgren (Red.), *Akut vård ur ett patientperspektiv* (s. 75-89). Lund: Studentlitteratur.
- Arvidsson, G. (2013). *Akutsjukvård*. Stockholm: Liber.
- Brooks, L-A., Manias, E., & Nicholson, P. (2017). Communication and decision-making about end-of-life care in Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 26(4), 336-341. doi: <http://eshproxy.esh.se:2112/10.4037/ajcc2017774>
- Davis, E., Reddihough, D., Murphy, N., Epstein, A., Reid, SM, Whitehouse, A., Williams, K., Leonard, H., & Downs, J. (2017). Exploring quality of life of children with cerebral palsy and intellectual disability: What are the important domains of life. *Child: Care, Health and Development* 43(6), 854-860. doi: 10.1111/cch.12501
- DeSanto-Madeya, S. & Sadizadeh, P. (2017). Family Satisfaction With End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: A systematic review of the literature. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 36(5), 278-283. doi: 10.1097/DCC.0000000000000262
- Edvardsson, D., & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 75-103). Lund: Studentlitteratur.
- Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3188-3196. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 273-281. doi:<http://dx.doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d91424>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(4), 214-222. doi: [10.1016/j.iccn.2004.05.010](http://dx.doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1016/j.iccn.2004.05.010)

- Holms, N., Milligan, S., & Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(11), 549-556. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.11.549
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 203-211. doi: Hämtad från databasen MEDLINE.
- Kisorio, L. C., Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive & Critical Care Nursing* 33, 30-38. doi: <http://dx.doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1016/j.iccn.2015.11.002>
- Mani, Z. A. (2016). Intensive Care Unit Nurses Experiences of Provding End of Life Care. *Middle East Journal of Nursing*, 10(1), 3-9. Hämtad från databasen Cinahl Complete.
- 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. doi: 10.1177/1054773814533791
- McMillen, R. E., (2008). End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(4), 251-259. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Minton C., Batten, L., & Huntington, A. (in press). The impact of a prolonged stay in the ICU on patients' fundamental care needs. *Journal of Clinical Nursing*,
- Palliativt utvecklingscentrum (2017). *Guide för användande av vårdplan för döende enligt LCP (Liverpool Care Pathway)*. Hämtad 19 oktober, 2017, från Palliativt utvecklingscentrum, <http://palliativtutvecklingscentrum.se/download/broschyre/Guide%20fo%CC%88r%20anva%CC%88ndare.pdf>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model*. Upper Saddle River: Pearson.
- Roy, C., & Roberts, SL. (1981). *Theory construction in nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Skjaker, S-A., Hoel, H., Dahl, V., & Stavem, K. (2017). Factors associated with life-sustaining treatment restriction in a general intensive care unit. *PLoS ONE*, 12(7), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0181312

- Socialstyrelsen. (2011). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling: Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Hämtad 19 oktober, 2017, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18390/2011-6-39.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 11 januari, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2015). *Hjärtstopp inom sjukvården*. Hämtad 20 oktober, 2017, från Svenska rådet för hjärt-lungräddning, <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Hjartstopp-inom-sjukvarden-2015.pdf>
- Tirgari, B., Forouzi, M-A., Razban, F., & Alimirzaei R. (2016). Difficulties felt by intensive care unit nurses in providing end-of-life care in southeast Iran. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(5), 443-449. doi:10.1097/NJH.0000000000000273
- Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, S., & Gagnon, P. (2011). Caring for patient and families at end of life: The experiences of nurses during withdrawal of life-sustaining treatment. *Dynamis*, 22(4), 31-35. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wu, T. W., Oliffe, J. L., Bungay, V., Johnson, J. L., (2015) Male ICU nurses' experiences of taking care of dying patients and their families: a gender analysis. *American Journal of Men's Health*, 9(1), 44-52. doi: 10.1177/1557988314528236

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete 2007-2017	Experience withdrawal life-sustaining	10	References available, peer reviewed,	5	3	1
CINAHL Complete 2007-2017	Nurses experience of life support in ICU	23	Full text, reference available, peer reviewed	3	1	1
MEDLINE 2000-2017	intensive care nurses' experiences with end-of-life care	50	Full text, abstract available, English language	10	6	4
PubMed 2007-2017	nurses experience of withholding treatment in the icu	27	Full free text, 10 years.	2	1	1
Nursing & Allied Health Database 2002-2017	all(Nurses experience withdrawing) or all(withholding life support)	7	Full text, Peer reviewed	2	1	0
DiVA	Nurses experience withdrawal life-sustaining	1		0	0	0
MEDLINE 2000-2017	intensive care nurses experiences life-sustaining treatment	12	Full text, English language	2	1	0
MEDLINE 2000-2017	intensive care, nurses experiences, life support	47	Full text, Abstract available, English language	5	5	4
Nursing & Allied Health Database 2000-2017	Nurses (experience or attitude or perspective) (withdrawal or withholding) (life-sustaining or life	22	Full text, Peer reviewed	3	1	1

	support) intensive care					
--	-------------------------	--	--	--	--	--

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Vandersp ank- Wright, Fothergill - Bourbonn ais, Brajtman & Gagnon	Caring for patients and families at end of life: The experiences of nurses during withdrawal of life-sustaining treatment.	2011, Kanada, Dynamics	Att förstå den levda erfarenheten av intensivsjukvård som tar hand om patienter vars livsuppehållande åtgärder dras tillbaka.	Fenomenologiska intervjuer med öppna frågor. Deltagarna var leg. Sjukvårdssjuksköterskor som jobbar hel/halvtid inom intensivvård. Dataanalys baserades på Colaizzis metod då nyckelord och fraser identifierades och teman skapades.	Tre huvudtema n påvisades: skapa trygghet, professionell ångest och bidra till minnen.
Espinosa, Young, Symes, Haile & Walsh	ICU Nurses experiences in providing terminal care.	2010, USA, Critical Care Nursing Quarterly	Utforska upplevelsen hos intensivvårdssjuksköterskor som utför terminal omvårdnad.	Deskriptiv fenomenologiska intervjuer. 5 individuella och 3 i fokusgrupper, med sammanlagt 18 deltagare varav alla är sjukvårdssjuksköterskor inom intensivvård. Analys utfördes enligt Colaizzis metod då nyckelord och meningar identifieras till teman och subteman.	Tre huvudtema n identifierades: Barriärer för optimal omvårdnad, inre konflikter och att hantera situationer.

McMillen	End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences.	2008, England, Intensive and critical care nursing	Hur sjuksköterskor påverkas av att involveras i beslut om avslutande av livsuppehållande åtgärder.	Kvalitativa intervjuer med Grounded Theory. Deltagarna bestod av 8 sjuksköterskor från samma intensivvårdsavdelning. Analys genomfördes genom Richie & Spencers metod då teman framställs genom att identifiera, kartlägga och tolka olika teman.	Sjuksköterskors involverande i avslutande av livsuppehållande åtgärder är emotionellt arbete med många steg att räkna in för att upplevelsen ska funka på bästa sätt.
Holms, Milligan, Kydd.	A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit.	2014, Skottland, International Journal of Palliative Nursing.	Förstå hur sjuksköterskor upplevt omvårdnad vid livets slutskede inom intensivvård.	Kvalitativ metod. Semistrukturerade djupgående intervjuer med fenomenologisk grund. 5 sjuksköterskor som jobbar heltid eller halvtid inom intensivvård som har vårdat vid livets slutskede de senaste två åren. Transkribera intervjuer för att tematiskt dela upp data i kategorier enligt Brunards 14 stegs analys.	Studien identifiera områden som, sedan tidigare, visats försvåra sjuksköterskors arbete vid livets slutskede inom akutvården. Men styrker att det är emotionellt påfrestande och att kommunikation, planering och utbildning behövs.
McAndrew, Leske.	A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When making End-of-Life Decisions in	2015, USA, Clinical Nursing Research.	Förstå upplevelsen och perspektiv om beslut om avslutande av behandling hos sjuksköterskor och läkare inom intensivvård.	Deskriptiv kvalitativ metod baserad på Grounded Theory. 11 deltagare, 7 sjuksköterskor och 4 läkare inom alla intensivvårdsavdelningar. Data	Beslut om avslutande av behandling kan vara både emotionellt utmanande och

	Intensive care units.			analyserades via transkriberade intervjuer som identifierade kategorier och subteman.	belönande. Huvudsaken är kommunikation mellan läkare, sjuksköterska och patient och dess anhöriga.
Halcomb, Daly, Jackson & Davidson	An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/witholding of treatment in the ICU	2004, Australien, Intensive & Critical Nursing	Utforska den levda erfarenheten hos intensivvårdssköterskor som vårdat patienter vart behandling har avslutats.	Intervjuer grundade i hermeneutik och fenomenologi med 10 sjuksköterskor som jobbar inom intensivvård. Tematisk analys där berättelser har tematiserats.	Fenomenet resulterades i fem teman: stöd och omvårdnad, konflikter, inte skada, sköterskefamiljerelationer och döljandet av sorg.
Hov, Hedelin & Athlin	Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment	2007, Norge, Journal of Clinical Nursing	Få en djupare förståelse i hur det är att vara sjuksköterska när kurativa behandlingar avslutas.	Intervjuer grundade i fenomenologi. 14 kvinnliga sjuksköterskor delades upp i två fokusgrupper för intervjuerna. Colazzis modell användes i analysen, då fraser tolkas och delas upp i olika teman.	Studien resulterar i fyra teman: Ensamhet i sitt ansvar, skiftandet i optimism och pessimism, osäkerhet och yrkesstolthet.
Efstathiou & Walker	Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: A qualitative study	2014, England, Journal of Clinical Nursing	Utforska upplevelsen hos intensivvårdssköterskor som har vårdat patienter i livets slutskede or dess familjer efter att behandling avslutats.	Deskriptiv, utforskrande kvalitativ studie. 13 intensivvårdssköterskor intervjuades i semikonstruerade intervjuer. Intervjuerna tolkades genom fenomenologisk	Fyra teman kartlades: Vårda den döende och dess familj, ge och uppmuntra närvaro, sammanhålla patient och anhöriga

				analys och teman kartlades.	och hantera sina känslor.
Kisorio & Langley	Intensive care nurses' experiences of end-of-life care	2016, Sydafrika, Intensive & Critical Care Nursing	Utforska intensivvårdssköterskors erfarenheter av vård vid livets slutskede på en intensivvårdsavdelning.	Utforskande, deskriptiv, kvalitativa intervjuer. 24 intensivvårdssköterskor blev uppdelade i 3 fokusgrupper. Alla tre grupper diskussioner samlades och delades upp i teman.	Resultatet delades in i teman som upplevda svårigheter, diskussioner och beslutstagande och stöd för patienter, familjer och sjuksköterskor.
Wu, Oliffe, Bungay & Johnson	Male ICU Nurses' Experience of Taking Care of Dying Patients and Their Families: A Gender Analysis	2015, USA, American Journal of Men's Health.	Utforska upplevelsen hos män som jobbar som intensivvårdssköterskor som vårdat döende patienter och dess familjer.	Tolkande, deskriptiv kvalitativ metod. 15 män som jobbar inom intensivvård intervjuades med hjälp av semikonstruerade frågor. Data analyserades genom nyckelfraser som delades upp i teman.	Data resulterade i teman som: Försäkring om en värdig död, byta fokus från patient till familj och att vara med känslomässigt.
Brooks, Manias & Nicholson	Communication and Decision-Making about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit.	2017, USA, American Journal of Critical Care.	Utforska upplevelser och perspektiv hos sjuksköterskor och läkare vid beslut angående livsuppehållande åtgärder.	Tolkande, kvalitativ metod. Semikonstruerade fokusgrupper med 17 sjuksköterskor och 11 läkare. Nio frågor angående omvårdnad vid livets slutskede i syfte om att starta en reflekterade dialog.	Data resulterade i teman som: Kommunikation och delat ansvar i beslut.

