



Gabriella Forsberg

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, 2013 HT

Grundnivå

Institution för vårdvetenskap

Handledare: Britt-Marie Bernhardsson

Examinator: Gail Dunberger

Liverpool Care Pathway ur ett sjuksköterskeperspektiv

Liverpool Care Pathway from a nurse perspective

Sammanfattning

Liverpool Care Pathway (LCP) är en vägledning för att vårda patienter i livets slutskede. Den är framtagen i syfte att överföra den palliativa modellen av vård till annan vårdkontext. LCP ger vägledning i kommunikation inom det

Bakgrund: multiprofessionella teamet, med anhöriga och med patienten som är döende. LCP utgör en guide för läkare om att förskriva läkemedel mot de vanligaste symtomen som kan uppträda i livets slut, för att förbättra symtomhanteringen. LCP används idag i Sverige på flera håll inom olika ramar av vårdinrättningar.

Syfte: Syftet var med denna litteraturöversikt att ur ett sjuksköterskeperspektiv beskriva vård i livets slutskede med tillämpning av Liverpool Care Pathway på akutvårdsavdelningar.

Metod: Denna litteraturöversikt är ett examensarbete som grundar sig på nio vetenskapliga artiklar. De är utformade utefter en kvalitativ design och söktes från databaserna: PubMed, Cinhal, Medline och ProQuest Nursing & Allied Health Source. Datamaterialet har sedan analyserats och strukturerats upp samt sammanställts till ett resultat. Artiklarna är baserade på studier utförda i England, Nya Zeeland och Italien.

Resultat: Utifrån de valda vetenskapliga artiklarna identifierades sex olika huvudteman. Dessa var: kommunikation, dokumentation, medicinska riktlinjer och vård, ökat självförtroende, förbättrad vård och ökad kontinuitet av vård i livets slut.

Diskussion: Artiklarnas relevans har diskuterats i relation till Sverige eftersom ingen av dem var gjord i Sverige. De huvudteman som identifierats diskuterades i förhållande till tidigare forskning och mot Erikssons definitioner av lidande och vårdande.

Nyckelord: Liverpool Care Pathway, vård i livets slutskede, sjuksköterskeperspektiv, sjuksköterskors uppfattning, sjuksköterskors erfarenheter, sjuksköterskors syn

Abstract

The Liverpool Care Pathway is a guidance of care for the dying patient. It was created to transfer the hospice model of care into other hospital settings. LCP provides a pathway in communication within the multidisciplinary team,

Background: with relatives and the dying patient. LCP gives guidance for doctors to prescribe medication for the most common symptoms that can appear in the dying phase to improve symptom management. LCP is today used in several places in Sweden within different frameworks of medical facilities.

Aim: The aim was to illustrate the use of Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting from a nurse perspective.

Methods: This essay is a systematic literature review and the data was based on nine articles of published research. The published articles were found in four different databases. These were: PubMed, Cinhal, Medline and ProQuest Nursing & Allied Health Source. The data was then analyzed and structured into different main themes, and was then compiled into a result. The articles were based on studies made in England, New Zealand and Italy.

Results: When analyzing the articles six different main themes emerged. These were: communication, documentation, increased self-confidents, medical guidelines and care, improved end-of-life care and improved continuity in the care of the dying.

Discussions: The studies relevance to Sweden was discussed because none of them had been made in Sweden. The main themes were related to previous research and to Katie Eriksson's concept of suffering and care.

Keywords: Liverpool Care Pathway, End-of-Life Care, nurse perspective, nurse's perceptions, nurse's experience

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 PALLIATIV VÅRD OCH DESS UTVECKLING	1
2.1.1 <i>Sjuksköterskans roll i vården av patienter i livets slutfas</i>	2
2.2 FRAMVÄXT AV HOSPICE	3
2.3 LIVERPOOL CARE PATHWAY	4
2.4 PROBLEMFORMULERING	5
3. SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	6
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	6
4.1 VÅRDANDE OCH VÅRDMÖTET	6
4.2 LIDANDE OCH VÅRDLIDANDE	7
4.2.1 <i>Onödigt lidande</i>	8
5. METOD	9
5.1 LITTERATURSÖKNING	9
5.2 URVAL	10
5.3 ARTIKELANALYS	10
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
7. RESULTAT	11
7.1 KOMMUNIKATION	12
7.1.1 <i>Sjuksköterskans kommunikation mellan patient och anhöriga</i>	12
7.1.2 <i>Kommunikation inom vårdteamet</i>	13
7.2 DOKUMENTATION	14
7.3 MEDICINSKA RIKTLINJER OCH VÅRD ENLIGT LCP	14
7.3.1 <i>Identifiera och uppmärksamma döendet</i>	15
7.3.2 <i>Upphörande av opassande rutinvård</i>	15
7.4 ÖKAT SJÄLVFÖRTROENDE	16
7.5 FÖRBÄTTRAD OCH ÖKAD KONTINUITET AV VÅRD I LIVETS SLUT	16
8. DISKUSSION	17
8.1 METODDISKUSSION	17

8.2 RESULTATDISKUSSION	18
8.2.1 Kunskapsutveckling genom LCP.....	18
8.2.2 Dokumentation i LCP	20
8.2.3 Vårdmötet och kommunikation.....	21
8.2.4 Vård av hela människan i livets slut	21
8.3 KLINISKA IMPLIKATIONER	22
9. SLUTSATS OCH SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER	22
9.1 KONKLUSION.....	22
9.2 REKOMMENDATION FÖR VIDARE STUDIER	24
REFERENSFÖRTECKNING	25
BILAGA 1, SÖKMATRIS	28
BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	30

1. Inledning

Som blivande sjuksköterska är sannolikheten hög att jag någon gång under mitt yrkesverksamma liv, kommer få vårda patienter som är döende och befinner sig i livets slut. Det finns också en hög sannolikhet att jag kommer tillämpa en standardvårdplan på patienter som är döende med metoden som idag kallas för Liverpool Care Pathway (LCP). Det råder idag delade meningar och för- och nackdelar med LCP samt hur väl metoden fungerar som ett vägledande dokument. Under några av mina praktikplaceringar har jag kommit i kontakt med LCP. Det var dock först under min senaste placering, inom den palliativa hemsjukvården, som mitt intresse fångades och som nu ligger till grund för den här litteraturöversikten.

2. Bakgrund

I Sverige avled 91 900 personer år 2012 där 72 procent av samtliga dödsfall inträffade vid eller efter 75 års ålder (Socialstyrelsen, 2013). Den vanligaste dödsorsaken visades vara hjärt- och kärlsjukdomar och den näst vanligaste orsaken var tumörer. Under perioden från 1997 till 2003 förelåg en stabil andel dödsfall på sjukhus. Denna andel höll sig inom 15 000- 20 000 per år enligt Socialstyrelsen (2005). Det är troligt att den stabila andelen antal dödsfall per år förhåller sig på likartat sätt även idag. I nedanstående avsnitt följer en beskrivning av palliativ vård och dess utveckling ur ett historiskt perspektiv. Det kommer även presenteras ett vägledande arbetssätt för att kvalitetssäkra vården av patienter som befinner sig i livets slutskede.

2.1 Palliativ vård och dess utveckling

Ordet palliativ betyder lidande (Nationalencyklopedin, 2014) och palliativ vård beskrivs i litteraturen som lindrande vård samt förhindrande av att nytt lidande uppstår (Brülde, 2003). Bot är inte längre ett möjligt alternativ och vård utgår istället för att skapa förutsättningar för livskvalitet hos patienten under den återstående delen av livet (Beck-Friis & Strang, 2012). Inom den palliativa vården eftersträvas en aktiv helhetsvård där sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal, kuratorer samt övriga yrkeskategorier verkar gemensamt för en förbättrad livskvalitet för både patient och dennes anhöriga.

Världshälsoorganisationens definition (WHO, 2013) av palliativ vård avser ett förhållningssätt där vården utgår från att bidra till en förbättrad livskvalitet för både patient och dennes familj. Detta skall sättas i relation till de problem som kan uppstå vid olika livshotande sjukdomstillstånd. Vården ska enligt definitionen vara utformad så att lidande

lindras och förebyggs. Det ingår även i definitionen tidig identifiering och behandling av smärta samt andra problem som kan ha fysiska, psykiska och själsliga/andliga karaktärsdrag. Avsikten med palliativ vård bör varken innebära påskyndande eller uppskjutande av döden och den palliativa vården skall utgå från och verka för att döden skall betraktas som en normal process.

Statens offentliga utredningar (2001:6) fastslår med stöd utifrån människovärdesprincipen tillsammans med WHO's definition (2013) att den palliativa vården skall vila på fyra hörnstenar. Dessa är: samarbete i multiprofessionellt vårdteam, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Socialstyrelsen liknar palliativ vård som en vårdfilosofi som beskriver ett vårdinnehåll. Detta vårdinnehåll skall vidare fungera oberoende av vårdkontext, det vill säga vården skall inte vara bunden till särskilda vårdavdelningar eller sjukhus.

Begreppet palliativ vård innefattade till en början patienter med cancersjukdom men begreppet har idag kommit att utvidgas till att innefatta alla patienter som befinner sig i livets slutfas (SOU 2001:6; Nationella rådet i palliativ vård, 2013). Det var först vid slutbetänkandet i statens offentliga utredningar av prioritetsutredningen (SOU 1995:5) som den palliativa vården fick en ny prioritetsordning och likställdes med livshotande samt akuta sjukdomar. Den palliativa vården presenterades vidare som en viktig komponent inom sjukvården och förslag lades fram för att göra den allmänt tillgänglig (Beck-Friis & Strang, 2012; Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012). Intresset för palliativ vård har även ökat internationellt och anses numera utgöra en viktig grundläggande mänsklig rättighet (Kaasalainen et al, 2011).

Statens offentliga utredningar (2001:6) benämner att det finns tre olika aspekter som inryms i begreppet ”att dö”; döendet i sig, döden som en händelse samt det definitiva tillståndet att vara död. Det som definieras av själva döendet kan betraktas som en process och det är under denna period som patienten befinner sig i livets slutfas. Själva processen kan dock vara utdragen eller kort och kan vara begränsad till timmar eller dagar.

2.1.1 Sjuksköterskans roll i vården av patienter i livets slutfas

Inom den palliativa vården är sjuksköterskan att betrakta som en nyckelperson i vården av den döende människan (Hildago Kehoe, 2006). Sjuksköterskan är den i vårdteamet som spenderar mest tid hos patienter som är döende (Boyle & Carter, 1998; Ferrell, 1999). Ur ett sjuksköterskeperspektiv betraktat behöver denna dessutom vara förberedd på att bemöta människor som kan befinna sig i kris och sorg. Patienter som är döende kan vara i alla åldrar och ha olika sjukdomstillstånd. Ett lindrat lidande kan innebära olika medicinska strategier,

till exempel farmakologisk behandling för att uppnå symtomkontroll (Brülde, 2003). Det finns även psykosociala och relationsstrategier där sjuksköterskan bemöter patienten med respekt och empati i syfte att minska patientens emotionella lidande. Genom att få till stånd god kommunikation i möte med patienten kan det innebära lindring av dennes lidande. Kännetecknande för god kommunikation beskrivs ofta i termer som åsyftar det förhållningssätt som sjukvårdspersonal behöver inta eller vad dess effekt syftar till att ha på patienten. Empati kan ses som den palliativa vårdens kärna, det vill säga genom ett professionellt förhållningssätt kunna känna in den enskilde patientens situation och visa omtanke. En patient som befinner sig i livets slutskede har både fysisk och existentiell utsatthet som kan behöva ett personligt engagemang från sjukvårdspersonalens sida (Nationellt vårdprogram, 2012).

2.2 Framväxt av Hospice

Den palliativa vården växte ursprungligen fram ur hospicefilosofin som kom till Sverige i början av 70-talet inom cancervården (SOU 2001:6). Latinets ord *hospitium* betyder härbärg och har kommit att ligga till grund för härstamningen av ordet Hospice. Innebörden av ordet Hospice har idag fått en annan betydelse där patienten betraktas utifrån ett helhetsperspektiv samt tillämpar en holistisk syn på människan (Ternestedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2012, s 27). Hospicefilosofins framväxt skedde under 60-talet och kan betraktas som ett komplement till den vård som gavs till patienter som befann sig i livets slutskede. Dame Cicely Saunders startade i England 1967 St Christopher's Hospice (Evans & Walsh, 2002; Nationella palliativa rådet, 2013; Ternestedt et al, 2012, s 27) i syfte att förbättra livskvalitén för patienter som var döende. Saunders betraktas idag som en pionjär inom hospicerörelsen när hon identifierade det tomrum som kan uppstå runt en patient som är döende. Saunders hospice var framstående inom palliativ vård och medicin (Evans & Walsh, 2002; Nationella palliativa rådet, 2013).

Den vård som växte fram på hospice var särskilt anpassad för patienter med sjukdom vars konsekvens innebar en förkortning av livet. För en patient med livsförkortande sjukdom kunde de se att särskilda och komplexa behov uppstod. Med hjälp av specialiserad och särskilt anpassad vård kunde dessa behov mötas upp (McNicholl, Dunne, Garvey, Sharkey & Bradley, 2006).

2.3 Liverpool Care Pathway

Standardvårdplanen Liverpool Care Pathway (LCP) utvecklades inom ett kontinuerligt kvalitetsförbättringsprogram i England under sent 1990-tal (Ellershaw, Foster, Murphy, Shea, Overill, 1997; Ellershaw & Wilkinson, 2011, s 214). Det var ett projekt som utvecklades mellan specialister inom palliativ vård från Royal Liverpool, Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool och Broadgreen University Hospitals NHS Trust, för att utveckla en vårdmetod baserad på Integrated Care Pathway (ICP). ICP är en vägledningsmetod vars syfte är att underlätta konkret vård genom ett integrerat multiprofessionellt samarbete (Kitchiner, Davison & Bundred, 1996). Syftet med LCP var att införa en vårdmetod, en gyllene standard, samt kvalitetssäkring inom vård vid livets slutskede genom ett integrerat multiprofessionellt samarbete (Ellershaw & Ward, 2003). Den var vidare tänkt att fungera som ett vägledande ramverk för sjukvårdsteam på sjukvårdsinrättningar som inte var specialiserade inom palliativ vård som sedermera kan betraktas som en standardvårdplan för döendet (Ellershaw & Wilkinson, 2011 s 214). LCP har ansetts av Department of Health, General Medical Council (GMC) samt av National Institute for Clinical Excellence (NICE) i England utgöra ett bra och vägledande arbetssätt vid vård av patienter i livets slut (Marie Curie Palliative Institution, 2013).

Bakomliggande syfte med att skapa ett dokument som LCP var att överföra den vårdmodell som bedrevs inom hospicevården i England (Marie Curie Palliative Institution, 2013). Sedan sent 1990-tal har LCP bidragit till att sprida komponenter ur hospicevårdmodellen och LCP tillämpas idag i flera länder både i och utanför Europa (Ellershaw & Wilkinson, 2011 s 214). I Sverige används idag LCP enligt Nationellt Vårdprogram för Palliativ vård (2012) på drygt 100 vårdenheter.

LCP är utformad som en guide och utgör riktlinjer, vägledning samt stöd för alla i vårdteamet. Den ger särskild guidning i vad gäller dokumentation av patienten, kommunikation med patient och anhöriga, kommunikation inom sjukvårdsarbetsteamet och symtomhantering (Marie Curie Palliative Institution, 2013; Nationellt Vårdprogram för Palliativ Vård, 2012). Inom ramen för symtomhantering i LCP finns vägledande information för läkaren att förskriva vissa läkemedel mot vanligt förekommande symtom. Exempel på symtom som uppträder i upp till 92 procent hos patienter i livets slut är dödsrossel (Bennett, 1996). Förskrivningsriktlinjerna inom LCP rekommenderar därför att det finns förskrivet läkemedel mot dödsrossel (Glare, Dickman & Goodman, 2011). Förskrivningen av potentiellt användbara läkemedel kan bidra till att sjuksköterskan snabbare har möjlighet att ge

symtomlindring när patienten uppvisar symtom utan att först behöva kontakta läkare. LCP fungerar även som ett hjälpmedel för att identifiera behov av utbildning och kompetensutveckling hos sjukvårdspersonalen. Den är uppbyggd för att fungera vägledande både före och efter dödsfallet samt kan delas in i tre olika faser. Den första fasen består av en initialbedömning där sjukvårdspersonal bedöma om patienten befinner sig i slutskedet. Den andra fasen kännetecknas av kontinuerlig uppföljning och bedömning av tillstånd, behandlingsformer för symtomlindring och dialog. Tredje och sista fasen berör tiden efter dödsfallet (Nationellt Vårdprogram för Palliativ Vård, 2012). Utformningen av LCP är gjort på ett sådant sätt att patientens särskilda behov som kan vara av fysiska, emotionella och själsliga/andliga karaktärsdrag tillfredsställs. En patient sätts in på LCP när patienten har dagar till timmar kvar att leva samt när det inte finns ytterligare behandling att sätta in som skulle kunna bota patientens tillstånd. Det kan inträffa att patientens tillstånd förbättras varav patienten också då skall kunna skrivas ut ur LCP (Marie Curie Palliative Care Institution, 2013).

2.4 Problemformulering

Vårdande av den döende människan kan betraktas som en viktig del inom sjuksköterskans arbets- och ansvarsområde. Hospice är en vårdinrättning som ger specialiserad vård i livets slut men döden förekommer också inom andra vårdinstitutioner, till exempel på akutvårdsavdelningar, där det inte alltid finns någon specialist inom palliativ vård. Det har presenterats tidigare i bakgrundsbeskrivningen en standardvårdplan (LCP) som arbetades fram för att kunna tillämpas på patienter som befinner sig i livets slutskede. LCP fungerar här som ett vägledande arbetsdokument för hela vårdteamet och kan betraktas som en kvalitetssäkring inför döendet. Sjuksköterskan inom akutsjukvården är kanske den i arbetsteamet som har mest kontakt med både patient och dennes anhöriga samt är den som först uppmärksammar när LCP kan bli aktuell. Studier har undersökt om huruvida LCP kan betraktas som ett hjälpmedel vid vård av patienter som befinner sig i livets slutskede på akutvårdsavdelningar. Det kan därför vara av intresse att utforska om sjuksköterskan känner sig hjälpt av LCP i vården av den döende patienten.

3. Syfte/Frågeställningar

Syftet med denna litteraturoversikt var att ur ett sjuksköterskeperspektiv beskriva vård i livets slutskede med tillämpning av Liverpool Care Pathway på akutvårdsavdelningar.

4. Teoretiska utgångspunkter

Omvårdnadsteoretikern Katie Erikssons har i sin teori tolkat de vårdvetenskapliga begreppen lidande och vårdande. Erikssons teori (2004, s 28) bygger på en helhetssyn av både människan och livet där hon belyser vårdrelationens betydelse mellan patient och vårdare. Den valda teoretiska referensramen har valts att riktas in på Erikssons definition av lidande och vårdande.

4.1 Vårdande och vårdmötet

Eriksson (2000, s 11, 38-40) beskriver vårdande som en helhet samt ett helande. Vårdande är en del av ett naturligt beteendemönster och varje människa är i grunden en naturlig vårdare. Vårdande innebär delande, att vara delaktig samt att delta i en gemensam helhet. Delande kan innebära att vara närvarande i tid och rum, samt utgöras av en förgrening från utifrån helheten. Vårdande enligt Eriksson innebär att ansa, leka och lära.

Kännetecknade för *ansning* är beröring, närhet och värme (Eriksson, 2000, s 24-26). Det är omsorgen och således ett uttryck för en vänskap. Ansningen syftar till att individens individualitet och identitet bekräftas. Den primära uppgiften sker genom att sörja för patientens kroppsliga renhet och välbefinnande. Det är denna uppgift som har en helande funktion. Konsten att ansa beskriver Eriksson (2000) innebär att våga gå utanför sig själv och med små medel visa sin omsorg inför patienten.

Leka är uttrycket för hälsa och hör likasom ansningen, till det naturliga beteendemönstret hos människan (Eriksson, 2000, s 26-27). Kännetecknade för lekandet är övning, lust, prövning, önskan och skapande. Lekandet kan betraktas som ett sätt att bemästra upplevelser samt ett sätt att lösa konflikter.

Lära innebär utveckling och inläring samt en ständig förändring (Eriksson, 2000, s 30-32). Målet för lärandet i relation till den enskilde patienten är självförverkligande.

Det naturliga lärandet hör ihop med lekandet samt där dess motiv borde växa fram ur patientens egna behov. Vårdgivarens uppgift är att möjliggöra samt underlätta för ett lärande.

Det är i relationen mellan människa och människa det skapas möjlighet för en inre tillväxt (Eriksson, 2004, s 55). Eriksson beskriver att det är i relationen till vårdaren som patienten får möjlighet till att uttrycka behov, begär och problem. Vårdaren ska möta upp patienter i sin helhet där kroppen, själen och ande ingår. Vårdarens uppgift är att fungera som en vägvisare och låta patienten styra hastigheten samt riktningen. Syftet med vårdmötet är att stödja patienten i dennes hälsoprocess eller döendeprocess.

4.2 Lidande och vårdlidande

Liv och död, lidande och lust tolkar Eriksson (1994, 11-16, 20-32) hänger ihop med mänskligt liv. Termen ”lidande” har Eriksson (1994, 25-26) valt definiera efter ordet patient som har sitt ursprung i latinets ord *patiens* som betyder lidande. Lida innebär att pinas eller att vårdas och orsakas av ett ofredande för människan som utsatts. Lidandet betraktas ofta som det onda och Eriksson tolkar att lidandets motsats är det goda, lusten. Hon beskriver förhållandet som om att det pågår en kamp mellan det onda och goda, samt mellan lidandet och lusten. Lidande och lust, det onda och goda kan betraktas som fyra grundpositioner i lidandets kamp enligt Erikssons definition. Lust står för strävan efter det goda, känsla av meningsfullhet, kraft och livsglädje. Det onda, tolkar Eriksson, är en kamp där det finns risk för förlorad drivkraft, livskraft och där människan ofta upplever livssituationen som hopplös. I varje lidande tas något ifrån människan och det kan ske symboliskt eller konkret samt inryms en sorg över det som gått förlorat. Lidandets djupaste väsen betraktas av Eriksson som döendet. Det är i döendet som möjlighet till försoning sker, det vill säga möjlighet till nytt liv. Sker ingen försoning, infaller ett stilla döende där det andliga och själsliga oftast dör först.

Eriksson (1994, s 82-93) skiljer mellan tre olika sorters lidande, sjukdomslidande, livslidande och ett vårdlidande. Sjukdomslidande är lidande orsakat av sjukdom eller behandling och visar sig ofta genom kroppslig smärta som erfars av människan som helhet. Lidande orsakat av sjukdom och behandling får sin konsekvens i ett själsligt och andligt lidande. Det andliga och själsliga lidandet hänger ihop med patientens upplevelse av skam, skuld och förnedring i förhållande till sin sjukdom eller behandling. Livslidandet är det lidande som kan vara förknippat med existensen, det uppenbara faktumet att leva eller att inte leva samt att vara en människa i förhållande till andra människor. Det berör den totala livssituationen. Medvetandet om eller känslan av att ha en dödlig sjukdom, och att ständigt leva med hotet av förintelse kan medföra lidande i form av minskad livslust. Eriksson tolkar

även detta att inte bli sedd som människa kan innebära i sig ett livslidande. Den potentiellt djupaste formen av ett livslidande beskrivs som kärlekslöshet.

Vårdlidande enligt Erikssons beskrivning (1994, s 82-93) kan sammanfattas till fyra kategorier. Dessa är kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Kränkning av patientens värdighet betraktas vara den vanligaste formen av vårdlidande och hänger samman med att patientens möjlighet till att tillämpa sina resurser förhindras eller minskas. Fördömelse och straff berör utnyttjande av vårdgivarens auktoritära ställning i förhållande till patienten på grund av sitt faktakunnande. Vårdgivaren kan under vissa förutsättningar bedöma vad som är bäst för patienten men detta bör ändå ske i samklang med patienten, av respekt för dennes frihet att själv få bestämma. Straffet kan utgöras av att patienten nonchaleras eller ges inte karitativ vård. Maktutövning åstadkommer lidande för den som utövningen riktas mot. Utövning av makt innebär frihetsberövande av den fria viljan i form av tvång om att utföra viss handling som annars inte skulle utförts. Detta kan visa sig inom vården genom att vårdgivaren håller sig fast vid rutiner och inte anpassar sig efter patienten. Utebliven vård kan bestå av bristande förmåga hos vårdgivaren att bedöma vad patienten behöver. Det kan ske i form av små förseelser eller genom direkt medveten vanvård. Utebliven vård innebär en kränkning av patientens värdighet och är även ett sätt att utöva makt över någon som är maktlös.

4.2.1 Onödigt lidande

Eriksson (1994, s 95-98) skriver att eliminering av onödigt lidande bör eftersträvas inom vården. Dock betonar Eriksson (1994) att allt lidande inte kan elimineras. När onödigt lidande inte kan elimineras fullt ut bör vårdgivaren istället försöka bidra till ett lindrat lidande som många gånger handlar om att inte inskränka i patientens värdighet, fördöma denne eller missbruka sin maktposition. På så sätt skapas förutsättningar för att patienten får den vård denne behöver. Ett vårdlidande uppstår många gånger på grund av avsaknad av reflektion, bristande kunskap samt omedvetet handlande. Genom skapandet av en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, vårdad och respekterad skapas förutsättningar för ett minskat lidande.

5. Metod

Författaren till denna litteraturöversikt har genomskökt aktuell kunskap inom ämnesområdet som faller under syftet. Val av kunskapsområde till denna litteraturöversikt hålls inom ett omvårdnadsrelaterat område alternativt ett problemområde inom sjuksköterskans kompetensområde (Friberg, 2012, s133-134). En litteraturöversikt grundar sig till en början på informationssökning samt kritisk granskning av vetenskapliga artiklar (Friberg, 2012, s 134) för att i slutändan kunna ge svar på syftet. I denna litteraturöversikt eftersöktes sjuksköterskors perspektiv vilket kom att återspeglas i de olika studierna vad gäller deras syn på, uppfattningar om och erfarenheter av LCP.

5.1 Litteratursökning

Inför den egentliga informationssökningen bestämdes val av sökord som direkt var relaterade till litteraturöversiktens syfte och problemområde (Östlundh, 2012). Ett systematiskt arbetssätt tillämpades. Utbyggnad av sökorden gjordes i form av synonyma termer i syfte att få ett bredare urval. Medical Subject Headings (MeSH-termer) tillämpades som hjälpmedel för att översätta svenska sökord till engelska samt omvänt för kontroll av sökorden. De sökord som användes var: *Liverpool care pathway, LCP, end-of-life care, nurse, nursing, attitudes* och *experience*. Vid en första översikt av några artiklar uppmärksammades ytterligare ett sökord från artiklarnas nyckelord, *nurse perceptions*. Sökorden kombinerades på olika sätt i databaserna för att maximera utfallet av potentiella artiklar. Vid sökningen uppmärksammades att antal träffar blev högre om sökordet LCP användes istället för Liverpool Care Pathway. Den högsta andelen träffar gavs vid kombination av nurse, experience och LCP. Databaser som användes för sökning av artiklar till resultatet var Pubmed, Cinhal, Nursing Allied Health Source och Medline. Dessa valdes ut på grund av deras breda omfattning inom ämnesområdet nursing samt stort utbud av vetenskapliga artiklar i fulltext.

Inklusionskriterier som tillämpades vid sökningen av artiklarna, var att studierna skulle vara baserade på patienter över 18 år, etiskt godkända, peer reviewed samt ha tillgänglig sammanfattning, ett abstrakt. Särskild begränsning till tidsram vidtogs inte eftersom ämnesområdet för denna litteraturöversikt var relativt nytt. Sökningarna begränsades inte till ett geografiskt område för att möjliggöra största möjliga utbud av artiklar.

5.2 Urval

Det första urvalet bestod av totalt 19 vetenskapliga artiklar. Dessa hade valts ut efter deras rubrik, sammanfattning samt nyckelord. Av de 19 artiklarna lästes abstrakt igenom och granskades mot syftet till denna litteraturöversikt. De artiklar som inte var originalartiklar eller inte föll under syftet sorterades bort. Åtta artiklar ansågs vara originalartiklar som föll under syftet. Vid genomläsning av artiklarna samt granskning av deras referensförteckning hittades dessutom studien Lhussier, Carr och Wilcockson (2007) som kom att ingå i resultatet. För en kort sammanfattning av respektive artikel se bilaga 1. Artiklarna som utgjorde grunden för resultatet, eftersöktes i två av dem sjuksköterskors uppfattning, tre berörde sjuksköterskor och läkares uppfattning, två om sjukvårdspersonalens uppfattning, en om deras erfarenheter, en om deras syn på LCP samt en om inverkan av LCP på vårdgivare.

5.3 Artikelanalys

Majoriteten av det insamlade datamaterialet grundar sig på kvalitativ forskningsmetod. Dessa granskades till en början i vad gäller deras kvalitet och för att undersöka om de uppfyllde vetenskaplighet och således skulle få ingå i analysen (Friberg, 2012, s 126). Efter närmare genomgång av struktureringen utefter Fribergs mall, uppfyllde de nio valda artiklarna vetenskaplighet. Därefter analyserades de utvalda studierna vidare där fokus riktades in på respektive artikels resultatdel (Friberg, 2012, s 127-129). Där utlästes likheter och skillnader med hjälp av en schematisk sammanställning. I den schematiska sammanställningen strukturerades varje resultats teman och subteman upp. Detta gjordes i syfte att skapa en översikt av det insamlade materialet. Information ur artiklarna som motsvarade syftet med denna litteraturöversikt ströks under med markeringspenna. Datamaterialet granskades och lästes igenom flertal gånger i syfte att undvika feltolkningar samt försök till att skapa en helhetsbild. I några av de valda artiklarna undersöktes både sjuksköterskor och läkares perspektiv på LCP. I dessa fall har fokus riktats in på sjuksköterskornas utsago när deras uttryck gått att urskilja. I fall där deras utsago inte gått att urskilja beskrivs det angivna resultatet utefter sjukvårdspersonal eller sjuksköterskor och läkares uttalanden. Inom LCP ses hela vårdteamet som en viktig komponent i vården av den döende patienten. Sjuksköterskan är kanske den som tillbringar mest tid hos patienten. Därför har författaren till denna litteraturöversikt valt att rikta in sig på sjuksköterskornas utsago. Förskrivningsriktlinjerna av läkemedel i LCP kan anses ge ökad självständighet för sjuksköterskan i vården av den döende patienten.

6. Forskningsetiska överväganden

Viktig del inom forskningen är forskningsetik där frågor och riktlinjer som berör förhållandet mellan forskare och deras deltagare i forskningen. Forskningsetikens syfte är att skydda människan från skador och kränkningar (CODEX, 2013).

Efterföljsamhet för att uppnå etisk korrekthet i denna litteraturöversikt har vidtagits. Det har gjorts reflektion kring datainnehållets innebörd för att uppnå konsensus samt korrekthet i analysen. Friberg (2006, s 112) beskriver att det förefaller risk att författaren under analysen lägger fokus på intressanta ämnen som inte faller under syftet. Författaren har med åtanke av det senast nämnda, ställt intressanta ämnen mot syftet för att undvika att fokus lagts på fel områden. Vid genomläsning av datamaterialet har författaren tillämpat ett öppet och kritiskt förhållningssätt. Datamaterialet har genomgått flera gånger samt har noggrannhet vidtagits vid översättning för att minimera förvanskning eller felöversättning. Genomläsning av det sammanställda resultatet har gjorts flera gånger i syfte att kontrollera att resultat inte har presenterats i ett felaktigt sammanhang. De valda vetenskapliga artiklarna som utgör datamaterialet är etiskt godkända och följer de forskningsetiska principerna. Redogörelsen av tillvägagångssätt för datainsamling har presenterats sanningsenligt.

7. Resultat

Resultatet av denna litteraturöversikt grundar sig på studier som har undersökt sjuksköterskors uppfattning om användandet av LCP (Jack, Gambles, Murphy & Ellershaw 2003; Paterson, Duncan, Conway, Paterson, Napier & Raitt, 2009). Studier som tidigare undersökt både sjuksköterskors och läkares uppfattning till användandet av LCP (Gambles, Stirzaker, Jack & Ellershaw, 2006; Walker & Read, 2010;) samt hela sjukvårdsteamets uppfattning (Clark, Sheward, Marshall & Allan, 2012). O'Hara (2011) undersökte sjuksköterskors syn på LCP och Lhussier, Carr och Wilkinson (2007) utvärderade en integrerad vägledning (ICP) av vård i livets slutskede som var baserad på LCP. Thurston och Waterworth (2012) eftersökte sjuksköterskors erfarenhet av LCP. I en italiensk studie undersöktes sjukvårdspersonalens förväntningar på LCP och dess inverkan (Di Leo, Beccaro, Finelli, Borreani & Constantini, 2011). En av artiklarna studerade sjuksköterskor och läkares uppfattning av LCP inom hospicevården (Gamble et al 2006). Denna artikel fick ingå trots att den inte undersökte LCP på en akutsjukvårdsavdelning i syfte att kunna jämföra och se om det förelåg likheter i deras perspektiv. Utifrån granskningen av ovanstående artiklarna kunde

återkommande teman identifieras. Dessa var kommunikation, medicinska riktlinjer och vård, dokumentation, ökat självförtroende och kontinuitet i vården av patienter i livets slut. För sammanställning av originalartiklarna som utgör grund för resultatet se bilaga 2.

7.1 Kommunikation

7.1.1 Sjuksköterskans kommunikation mellan patient och anhöriga

Jack et al (2003) genomförde en studie med hjälp av en kvalitativ forskningsansats. De eftersökte sjuksköterskors uppfattning om hur LCP påverkat akutsjukvården.

Sjuksköterskorna som medverkade i studien delades in i två fokusgrupper där totalt 15 medverkade. Sjuksköterskorna ansåg att det före införandet av LCP förelåg brister i förmågan att inleda samtala med anhöriga om döden (Jack et al, 2003). Fyndet i studien stämmer överens med O'Hara's (2011) undersökningsresultat som också var genomförd med en kvalitativ forskningsansats, där forskaren undersökte sjuksköterskors syn på LCP vid vård av patienter som var döende inom akutsjukvården. Detta har även identifierats i en italiensk studie (Di Leo et al, 2011) där sjuksköterskorna upplevde det svårt att samtala om döden med patienten. Undersökningen syftade till att med hjälp av en kvalitativ metod och fyra fokusgrupper förstå vilka förväntningar som fanns av LCP samt vilken inverkan LCP hade på sjukvårdspersonalen. Bakomliggande orsaker till varför sjuksköterskorna upplevde det svårt att samtala med patienten om döden ansågs sammanhänga med tidsbrist och bristande motivation till att vilja inleda samtal om döden. Den bristande motivationen ansågs av sjuksköterskorna beror på den stressiga och pressande arbetssituation som rådde på sjukhuset. Några av sjuksköterskorna ansåg att dödsrelaterade problem inte kunde lösas med hjälp av LCP och att de inte visste vad de skulle svara patienten, varav de undvek att samtala om döden med patienten.

LCP ansågs i en av de granskade studierna ha bidragit till ökad medvetenhet om kommunikationens betydelse för både patient och anhöriga (Lhussier et al, 2007). Detta framkom ur ett aktionsforskningsprojekt där datainsamlingen utgjordes av semi-strukturerade intervjuer i fokusgrupper. Jack et al (2003) identifierade, i sin studie, att kommunikationen fick en högre prioritet bland sjuksköterskorna efter införandet av LCP. Vägledningen av samtalsämnen som följer av LCP, ansågs i flera av de granskade studierna ha bidragit till förbättrad kommunikation hos sjukvårdspersonal (Jack et al 2003; Gambles et al, 2006; Lhussier et al, 2007; O'Hara, 2011; Di Leo et al, 2011) men metoden fungerade även som en

assistans till att inleda samtal med anhöriga (Jack et al, 2003; Gambles et al, 2006; Thurston & Waterworth, 2012). LCP ansågs vidare i flera av studierna utgöra grunden för en plattform som öppnade upp för diskussion (O'Hara, 2011; Thurston & Waterworth, 2012).

Kommunikationen mellan vårdgivare och anhöriga ansågs efter införandet av LCP ha förbättrats (Clark et al, 2011).

7.1.2 Kommunikation inom vårdteamet

Genom en kvantitativ forskningsansats undersökte Paterson et al (2009) sjuksköterskors uppfattning av LCP genom ett anonymt webbaserat frågeformulär. Syftet med studien var att förbättra vården för patienter som kom in till akutsjukvårdsmottagning och var akut döende eller i de fall då ytterligare behandling av sjukdom inte längre var möjlig. Sjutton sjuksköterskor deltog i studien. Av dem upplevde 79 procent att kommunikationen mellan alla som vårdar patienten förbättrats avsevärt och 29 procent ansåg att kommunikationen förbättrats efter införandet av LCP.

Ytterligare fyra av de granskade studierna berör också ämnet kommunikation inom vårdteamet (Di Leo et al, 2011; O'Hara, 2011; Clark et al, 2012; Thurston & Waterworth, 2012). Clark et al (2012) undersökte med hjälp av en blandad forskningsansats sjukvårdspersonalens uppfattning av vård i livets slutskede före och efter införandet av LCP. I deras studie kom de fram till att LCP stimulerat till konversationer som handlat om patientens status och vårdplan. LCP ansågs även ha bidragit till att hela det multiprofessionella vårdteamet involverats mer i den beslutsfattande processen. Thurston och Waterworth (2012) undersökte med en kvalitativ forskningsansats samt med hjälp av semi-strukturerade intervjuer i två fokusgrupper, efterfrågade sjuksköterskors erfarenheter efter en helomvändning av vård som involverade introduktionen av LCP. De kom fram till att sjuksköterskorna ansåg att LCP haft en positiv inverkan på kommunikationen inom det multiprofessionella vårdteamet. Deras fynd stämmer väl överens med två andra studier, Di Leo et al (2011) och O'Hara (2011).

En gemensam uppfattning bland både läkare och sjuksköterskor var att ICP, som anpassats efter LCP, bidragit till ett förbättrat samarbete mellan medlemmarna inom det multiprofessionella vårdteamet och som skapat en mer samarbetsvänlig attityd (Lhussier et al, 2007).

7.2 Dokumentation

Gambles et al (2006) genomförde en studie med kvalitativ forskningsansats och datainsamlingen utgjordes av elva intervjuer där åtta sjuksköterskor och tre läkare medverkade. Syftet med deras studie var att undersöka läkares och sjuksköterskors uppfattning av LCP på hospice. Forskarna kom fram till att sjuksköterskorna lättare kunde skapa sig en överblick av den genomförda vården efter att ha läst igenom journalanteckningar i det dokumentationssystem som följde av LCP. Den faktiskt genomförda vården ansågs på så vis mer överskådlig, skapade bättre kontinuitet samt minskade risken för att något steg i vården missades. Dokumentationen betraktades vidare som bättre sammanfattad och det tog kortare tid att föra journalanteckningar.

Resultatet, om att det tog kortare tid att föra journalanteckningar stämde överens med flera av de andra granskade artiklarna (Jack et al, 2003; Lhussier et al, 2007; Paterson et al, 2009). I de övriga studierna sågs dokumentationen som bättre lämpad (Lhussier et al, 2007; Paterson et al, 2009), mer användarvänlig (Clark et al, 2012) och tidsbesparande (Lhussier et al, 2007). Ytterligare fördel med dokumentationssystemet identifierades i studien Jack et al (2003) där informationsdelen innehöll uppdaterad information om kontaktuppgifter till anhöriga, information om vem som till exempel skulle kontaktas nattetid och så vidare. Det kunde även identifieras fördelar med dokumentationen efter patientens död, när vården istället riktas in på de anhöriga. Genom att följa dokumentationssystemet kunde sjuksköterskorna försäkra sig om att de gav anhöriga nödvändig information.

7.3 Medicinska riktlinjer och vård enligt LCP

I Jack et al (2003) studie ansåg sjuksköterskorna symtomhanteringen före införandet av LCP som knapphändig, till exempel vad gällde kunskap om val av smärtstillande läkemedel och dess doser. Det ansågs vidare bland sjuksköterskorna att det förelåg allmän acceptans om att vissa symtom var ofrånkomliga hos patienter som befann sig i livets slutfas. Exempel på ett sådant symtom som ansågs ofrånkomligt var dödsrossel. Efter införandet av LCP förändrades sjuksköterskornas kunskap om symtom och symtomhantering varav uppfattningen om ofrånkomliga symtom förändrades. Förskrivningsriktlinjerna hade bidragit till en generell förbättring av symtomhanteringen. Deras resultat stämmer överens med två andra studier, Walker och Read (2010) samt Clark et al (2012).

Walker och Read (2010) undersökte med en kvalitativ forskningsansats och semi-strukturerade intervjuer, läkares och sjuksköterskors erfarenheter av LCP på två intensivvårdsavdelningar. I studien deltog nio sjuksköterskor och sex läkare. Deras resultat visade att förskrivningen av läkemedel betraktades som passande och gav sjuksköterskorna möjlighet till att vårda patienter, som befann sig i livets slutfas, allteftersom deras symtom uppträdde. Det identifierades ett liknande fynd i Thurston och Waterworth (2012) undersökning. Där ansågs även att de medicinska flödesschemana medfört att både sjuksköterskor och läkare fick ökad medvetenhet och kunskap om symtom och behandling. I studien utförd av O'Hara (2011) identifierades det bland sjuksköterskorna att förskrivningsriktlinjerna kunde ge nyexaminerade läkare vägledning om vilka mediciner som kunde ordineras för lindring av de vanligaste symtomen som kan uppträda vid livets slut.

7.3.1 Identifiera och uppmärksamma döendet

Sjukvårdspersonalen kände sig i ett initialt skede vid införande av ICP nervösa inför att kunna förutsäga dödens inträdande (Lhussier et al, 2007). I undersökningen gjord av O'Hara (2011) identifierade sjuksköterskorna att de kände sig nervösa inför att föra diskussioner om att sätta in en patient på LCP. Trots tillämpning av LCP identifierades en allmän uppfattning i den italienska studien att det var fortsatt svårt och utmanande att uppmärksamma patienter som befann sig i livets slutskede (Di Leo et al, 2011). Deras fynd stämmer inte helt överens med Clark et al (2012) där mer än 70 procent av deltagarna ansåg att LCP bidragit till att sjukvårdspersonalen kunnat identifiera och uppmärksamma patienter som varit på väg att dö. Det sågs vidare som fortsatt svårt för sjukvårdspersonalen att bedöma när vård skulle upphöra helt.

7.3.2 Upphörande av opassande rutinvård

I två av de granskade studierna konstaterade sjuksköterskorna att rutinvård och rutinobservationer upphörde i samband med att LCP sattes in (Jack et al, 2003; Walker & Read, 2010). Rutinvård kunde till exempel vara blodprovstagning eller vändscheman. I studien av Jack et al (2003) identifierades det bland sjuksköterskorna att rutinvård kunde ge falska förhoppningar till anhöriga om att aktiv behandling gavs och att det finns en möjlighet att patienten skulle överleva. LCP ansågs även bland sjuksköterskorna ha bidragit till ökad

kunskap och förståelse för att patienter som befinner sig i livets sista timmar inte har behov av intravenös tillförsel av vätska (Jack et al, 2003).

Thurston och Waterworth (2012) identifierade i sin studie att rutinvård inte alltid avslutades när en patient sattes på LCP. Sjuksköterskan hade i dessa fall skapat ett djupt emotionellt engagemang för patienten och förde en inre kamp om att våga släppa taget om patienten. Detta kunde visa sig genom känslor av upprördhet, misslyckande och stark sorg. Sjuksköterskorna hade i de fallen fortsatt ta prover och göra observationer i hopp om att det kritiska tillståndet hos patienten skulle vända. Några av sjuksköterskorna kände även ett obehag inför namnet ”Pathway” då de förknippade det till vägledning in i döden.

7.4 Ökat självförtroende

Flera av studierna visade att LCP bidragit till ökat självförtroende i förhållande till att vårda patienter som befann sig i livets sista timmar (Jack et al, 2003; Paterson et al, 2009; O'Hara, 2011; Clark et al, 2012; Thurston & Waterworth, 2012). I studien gjord av Thurston och Waterworth (2012) identifierades det att LCP medförde att sjuksköterskorna fick ökat självförtroende i förhållande till symtom och dess behandling. Det identifierades även att det kändes viktigt för sjuksköterskorna att göra rätt samt att LCP gav dem ett ramverk att efterfölja.

7.5 Förbättrad och ökad kontinuitet av vård i livets slut

I studierna förelåg generell uppfattning bland sjuksköterskorna och övrig sjukvårdspersonal om att LCP bidragit till positiva erfarenheter i form av att vården förbättrats i livets slutskede samt att nya kunskaper inhämtats (Gambles et al, 2006; Paterson et al, 2009; Walker & Read, 2010; Clark et al, 2012; Thurston & Waterworth, 2012). LCP bidrog till att direkt vård gavs till patienter med ett förändrat fokus i och med intagande av ett palliativt förhållningssätt. Vården fick även upplevd förbättrad kontinuitet (Jack et al, 2003; Paterson et al, 2009, Clark et al, 2012). I en studies enkät svarade 76 procent av sjuksköterskorna att de ansåg sig mycket nöjda och 24 procent ansågs sig nöjda på frågan om vad tyckte om LCP som en standardvårdplan för döendet (Paterson et al, 2009).

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Denna studie genomfördes som en litteraturöversikt och grundar sig på nio originalartiklar, åtta av kvalitativ design och en med både kvalitativ och kvantitativ forskningsansats. Fördelar med att genomföra en litteraturöversikt är att den som eftersöker information skapar en beskrivande överblick av rådande forskning inom valt ämnesområdet (Friberg, 2012, s 134). En nackdel kan vara att det finns risk att författaren påverkar analysen av redan gjord forskning med sin egen förståelse och således letar efter artiklar som stödjer dennes ståndpunkt. Mot bakgrund av detta exkluderades ingen artikel på grund av dess resultat utan beslut grundades på om det som eftersöktes i studien föll under syftet. Författaren vidtog noggrannhet vid översättning av artiklarna och varje artikel lästes igenom ett flertal gånger. Datainsamlingen till denna litteraturöversikt utgjordes av forskningsresultat från de enskilda studierna som är att betrakta som redan analyserat material. Verktyg för översättning som tillämpades var ett internetbaserat hjälpmedel, Google Translate samt medicinska ordböcker.

Sökning av det insamlade materialet gjordes med hjälp av sökord i databaser där Pubmed, ProQuest Nursing & Allied Health gav ett större antal träffar än Medline och Cinahl. Det gjordes inga begränsningar i vad gäller årtal vid sökning av artiklar, detta på grund av att antalet sökträffar var få. Tidsspannet av de valda artiklarna omfattade åren 2003 till 2012. En tidskrift som var mer frekvent återkommande än andra var *International Journal of Palliative Nursing*.

Val av syfte till denna litteraturöversikt gav en del svårigheter i att finna tillräckligt stort vetenskapligt underlag bestående av minst åtta originalartiklar. Vid arbetets början formulerades syftet till sjuksköterskors uppfattning av LCP. När utbudet visade sig vara för snävt fick syftet utvidgas till att handla om LCP ur ett sjuksköterskeperspektiv, där uppfattning, erfarenhet och också syn på fick ingå. Detta innebär att det blivit en spridning av begrepp som kan ha haft en negativ inverkan på resultatet. Ett sjuksköterskeperspektiv bygger på upplevelser från enskilda personer och är därför svåra att generalisera. I de valda artiklarna har dock flera likheter identifierats och forskarna till de olika studierna har kommit fram till likartade resultat. Alla originalartiklar som valts ut speglar det valda fenomenet genom individuella intervjuer, gruppdiskussioner och eller frågeformulär.

LCP är ett relativt nytt arbetssätt och det finns begränsad mängd studier att tillgå inom området. Flera av de valda artiklarna som hittats har grundat sig på när LCP införts på akutvårdsavdelningar. Förhoppningen är att denna litteraturöversikt skall ge en sammanställning och en överblick ur ett sjuksköterskeperspektiv inom akutsjukvården. Det finns dock risk för att resultatet har sammanställt de kortsiktiga förändringar som uppträtt i samband med att LCP införts. Syftet till denna studie har även kunnat besvaras av en genomförd empirisk studie där förstahandskällor hade studerats istället för sekundärkällor. Dock hade en empirisk studie medfört att det övergripande perspektivet i hur det fungerar på flera ställen då hade gått förlorat. Eftersom författaren hade begränsat med tid på sig att genomföra examensarbetet ansågs en litteraturöversikt vara den som var bäst lämpad. En empirisk studie är tidskrävande och dessutom olämplig att genomföra på grundnivå (Segersten, 2012).

I flera av studierna som låg till grund för resultatet var majoriteten av dem utförda i England. Två av artiklarna var utförda i Nya Zeeland och de kan också anses tillhöra den anglosaxiska kulturen som kan tänkas grunda sig på en annan vårdkultur än den vi har i Sverige. Det var såldes bara en studie som ingick i resultatet som kom från en annan vårdkultur än den anglosaxiska och den kom från Italien. Dock kan alla dessa länder betraktas ha ett liknande välstånd som Sverige, vilket skulle kunna innebära att samma resultat skulle kunna hittats oavsett land som studien varit utförd i.

8.2 Resultatdiskussion

Författarens syfte med denna litteraturöversikt har varit att belysa ur ett sjuksköterskeperspektiv tillämpningen av LCP inom akutsjukvård. Nedan presenteras de viktigaste fynden som identifierats i relation till ny forskning. De kommer även ställas i relation till nordiska förhållanden där författaren valt att redogöra Erikssons (1994) tankegångar om lidande och vårdande för att se hur de förhåller sig till LCP.

8.2.1 Kunskapsutveckling genom LCP

Det finns växande indikationer på att äldre döende patienter upplever nivåer av lidande som kan betraktas som oacceptabla (Seymour & Phillip, 2001). Detta kan ses som ett resultat av undermålig bedömning och behandling av deras symtom samt bristande tillgång till palliativ vård. Forskning har tidigare undersökt de vanligaste symtomen som uppträder hos patienter

som befinner sig i livets sista 48 timmar (Ellershaw & Ward, 2003b; Mayland, Williams & Ellershaw, 2008). Några av dessa symtom var dödsrossel, smärta samt dysfunktionell urinproduktion. I riktlinjerna till LCP ges vägledning i lindring av symtom som vanligen uppträder i livets slut och forskning har visat att LCP gett god effekt vid lindring av dessa (Ellershaw, Smith, Overill, Walker & Aldridge, 2001). När en patient satts in på LCP skall en kontinuerlig bedömning av patients symtom ske var fjärde timme i syfte att bidra till optimal symtomkontroll (Kinder & Ellershaw, 2003; Ellershaw & Murphy, 2003a). Utebliven vård innebär kränkning av människans värdighet och innebär således ett lidande för patienten (Eriksson, 1994, s 93). Utebliven vård kan bero på oförmåga hos vårdgivaren att kunna bedöma vilka behov patienten har. En sådan oförmåga behöver inte bero på förseelse eller slarv utan skulle likväl kunna orsakas av okunskap hos vårdgivaren, till exempel vid vård av patienter i livets slut.

Neuberger et al (2013) fick i uppdrag av Minister of State i England att utföra en sammanställning som berörde tillämpningen av LCP samt vilka erfarenheter som fanns kopplat till LCP. De kom i sin sammanställning bland annat fram till att hanteringen av läkemedel för symtomhantering utförts på ett felaktigt sätt när patienter skrevs in på LCP. Det tycktes enligt dem föreligga risk att sjukvårdspersonal gav smärtlindrande läkemedel så fort patienten satts in på LCP vare sig denne behövde det eller ej. Av de studier som granskats till denna litteraturöversikt delas inte denna slutsats. I flera av studierna har sjuksköterskor och vårdpersonal ansett sig fått ökad kunskap och förståelse inför symtom, läkemedel och behandling. Dessa kunskaper och färdigheter betraktas som värdefulla och ses som en av nyckelkomponenterna i den vård som följer av LCP. I flera av studierna ökade också förståelsen av vikten att inneha ett förutseende och medicinsk beredskap inför symtom. Detta kan ses som att patienternas symtom och lidande lindrades snabbare än vad man åstadkom tidigare och på så vis upprätthölls också patientens värdighet.

Vidare i kritiken från England (Nurberger et al, 2013) ställer sig författarna kritiska till hur tillförlitlig och säker bedömningen är, när vårdpersonalen ska uppmärksamma patient som befinner sig i livets slutfas. Det förutsätts således att en förutsägelse om när döden ska inträffa ställs. Detta kan vara svårt att genomföra, särskilt på patienter som inte har en cancersjukdom. Fyra av de granskade studierna berör fenomenet att uppmärksamma döendet. I två av dessa studier identifierade sjuksköterskorna att de kände sig nervösa inför att kunna förutsäga dödens inträdande samt att ta upp ämnet för diskussion inom arbetsteamet. I de andra två

studierna betraktades döendet som fortsatt utmanande att bedöma trots beskrivningen som följer av LCP.

8.2.2 Dokumentation i LCP

Tidigare studie har visat att sjukvårdspersonal eftersökt vårdverktyg för dokumentation av patienter i livets slut inom en akut sjukvårdsmiljö (Parish, Glaetzer, Grbich, Hammond, Hegarty & Mc Hugh, 2006). Dokumentation av den faktiskt utförda vården betraktas som något viktigt för att kunna validera och kvalitetssäkra vården (Thomson, McClement & Daeninck, 2006). Ett av huvudsyftet med LCP är att underlätta den omfattande dokumentationen av den döende patientens problem och symtom. Ett kvalificerat vårdverktyg för dokumentation bidrar till ökad struktur av vården och som dessutom aktivt förebygger och främjar ett multiprofessionellt vårdande av patienten (Ellershaw & Murphy, 2005).

Dokumentation kan även bidra till praktiska exempel som kan ligga till grund för utbildning eller utveckling av vård i livets slutskede. Tidigare studie har jämfört vilka bedömningar och vårdmål som gjorts i dokumentationen mellan två olika sjukhusinrättningar, en i Nederländerna där LCP var nytt och en i England där de tillämpat LCP under flera år (Veerbeek et al, 2006). Det visade sig fattas bedömningar i dokumentationen som var utförd i England. Detta kan tyda på att det finns ett fortsatt behov av utbildning och medvetenhet om dokumentationens betydelse för att ett vårdverktyg ska kunna betraktas som fortsatt tillförlitligt.

I kritiken från England, belystes det föreliggande överhängande risk för dubbeljournalföring (Neuberger et al, 2013). Risken sågs som särskilt stor bland nyutbildad vårdpersonal som trodde dokumentationen i LCP inte var tillräcklig. Det har visats i tidigare studie att LCP bidragit till ökad mängd skriftlig dokumentation av patienter i livets slut jämfört med vad som förekom i tidigare dokumentationssystem (Veerbeek et al, 2008). Risken för dubbeljournalföring har dock inte tagits upp som ett problem i de olika studierna som granskats i resultatet. I de studierna har LCP istället ansetts fungera som hjälpmedel, där de väsentligaste elementen av patientens totala situation fångats upp. Dokumentationen minskades till sitt omfång och betraktades som tidsbesparande.

8.2.3 Vårdmötet och kommunikation

Det är i vårdrelationen som patienten och dennes anhörigas behov, begär och problem kan belysas och uppmärksammas av vårdgivaren (Eriksson, 2004, s 54). Dahlberg (2002) identifierade i sin studie att ett vårdlidande framförallt uppstår i vårdrelationen på grund av att vårdgivaren inte uppmärksammat patientens lidande. I några av de granskade studierna kände flera av sjuksköterskorna sig obekväma med att samtala med patienter och deras anhöriga om döden och döendet. Detta påverkade mötet med patienterna. En obekvämlighet kan orsaka att vårdgivaren inte sätter sig in i patientens totala situation och risk finns att vissa delar av hela människan åsidosätts. Missförstånd av patientens prognos och en konflikt av tilltänkt vårdplan kan i förhållandet mellan vårdgivare och anhöriga (Badger, 2005) undvikas genom en öppen kommunikation som bidrar till att förståelse skapas mellan parterna (Beckstrand, Callister, Kirchhoff, 2006). Kommunikation mellan vårdgivare och patient samt dennes anhöriga har identifierats som en kritisk aspekt i vården av patienter som är döende (Sinding, 2003).

Några av de medverkande sjuksköterskorna i de granskade studierna identifierade det djupa emotionella engagemanget de kände för patienter som de vårdat under längre tid. De kunde känna en inre kamp om att våga låta patienten få dö. De ville bland annat fortsätta ta prover i hopp om att patientens allmäntillstånd skulle vända. Detta fynd påträffades även i en annan studie vid införandet av LCP på ett vårdhem där sjuksköterskorna fortsatte fylla i scheman för vätskebalans tills patienten gick bort (Watson, Hockley & Dewar, 2006). Detta kan bero på att vården av den döende patienten skapar möjlighet till djupare vårdrelation jämfört med andra typer av vård (Hennezel, 1998). Forskning har även visat att en väl fungerande vårdrelation med döende patienter kan stärka sjuksköterskans känsla av att känna sig uppskattad (Bernard & Creux, 2003).

8.2.4 Vård av hela människan i livets slut

Tidigare forskning har belyst att det för patienter som befinner sig i livets slut, är av vikt att ha upplevd kontroll av smärta och andra symtom, att de känner stöd för problem som kan vara av psykisk, social samt andlig karaktär (Patrick & Engelberg, 2001). Vårdande innebär enligt Erikssons (2000, s 21, 63) definition att genom olika former av ansa, leka och lära åstadkomma ett tillstånd hos patienten av tillfredsställelse, tillit, kroppsligt samt ett andligt välbehag. Människan består av en helhet som är kropp, själ och ande. Vid åsidosättandet av

någon av dessa tre dimensioner riskeras att behov missas eller att vård uteblir och det skapas ökat lidande för patienten. I likhet med Erikssons definition av vårdande (2000) är LCP designat utefter ett palliativt förhållningssätt som också färgas av en holistisk syn i betraktelsen av människan som patient. Förhållningssättet utgår också ifrån att det finns en samverkan mellan kropp, själ och ande.

8.3 Kliniska implikationer

Utifrån resultatet till denna litteraturöversikt kan här sammanfattas att LCP kan bidra till att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten förbättras samt även i relation till patientens anhöriga. Likaså bidrar LCP till att kommunikationen inom vårdteamet ökar och förbättras. De medicinska riktlinjerna kan bidra till generellt förbättrad symtomhantering. Sjuksköterskorna kan också få ett ökat självförtroende i sitt uppdrag att vårda patienter som befinner sig i livets slutfas. Journalföringen i dokumentationen kan reduceras eftersom den betraktats som bättre lämpad, mer användarvänlig samt tidsbesparande. Införande av LCP kan även bidra till att sjuksköterskans arbete på ett övergripande plan underlättas samt skapar kontinuitet av vård i livets slutskede.

LCP har dock inte kunnat förbättra möjligheten att uppmärksamma döendet. Det ansågs fortfarande förbli lika svårt och oförutsägbart att kunna förutse när döden infaller i majoriteten av studierna som berörde ämnet.

9. Slutsats och sammanfattande reflektioner

9.1 Konklusion

Saker som förbättrades med LCP:

- Samtal om patientens status
- Hela vårdteamet blev mer involverat
- Bättre kommunikation inom vårdteamet
- Bättre samarbete mellan medlemmarna i vårdteamet
- Underlättad dokumentation
- Bättre överblick av dokumentationen
- Kortare tid för journalföring
- Lämpligt för nyexaminerade läkare och sjuksköterskor

- Större självförtroende hos vårdgivare
- Bättre kontinuitet och uppföljning

Problem med LCP:

- Smärtstillande läkemedel gavs rutinmässigt ut utan patientens behov
- Risk för dubbel journalföring

Författarens bedömning är att fördelarna med att införa LCP överstiger nackdelarna. Fördelarna med LCP gäller inte bara för vårdgivare utan även för patienten och dennes anhöriga. Allting hänger dock på att bedömningen av att en patient befinner sig i livets slutfas sker på ett korrekt sätt så beslut inte fattas på felaktiga grunder om att upphöra med livsuppehållande behandling eller rutinbehandlingar. Den problematiken har i England inneburit att användningen av LCP har minskat. Före ett mer generellt införande i Sverige måste problematiken kring att göra rätt bedömning för att införa standardvårdplanen LCP uppmärksammas och diskuteras. Det är viktigt att bedömningsproblematiken bearbetas på ett professionellt och seriöst sätt för att metoden ska kunna betraktas som en patientsäker vårdplan.

Vård i livets slutskede förutsätter samarbete inom det multiprofessionella vårdteamet som finns för att skapa en helhetsvård där alla patientens dimensioner tillgodoses. Detta underbyggs bland annat av WHO:s definition av palliativ vård och i Sverige av Socialstyrelsen. Vården av patienter som är döende har kanske inte fått ta så mycket plats i dagens samhälle och det kanske hänger samman med att ”döden” betraktats som ett misslyckade inom sjukvården. Statistik har visat att den vanligaste bakomliggande dödsorsaken idag är hjärt- och kärlsjukdomar. Andelen dödsfall på sjukhus har förhållit sig stabilt genom åren. Det är därför tänkbart att patienter fortsättningsvis kommer önska få avsluta sitt liv på akutsjukhus om denne drabbats av sjukdom eller funktionsnedsättning. Vård av patienter i livets slut är en del inom akutsjukvården och LCP är en standardvårdplan som bidragit till en generell vägledning för sjukvårdspersonal.

Erikssons definition av lidande och vårdande överensstämmer i stort sätt med LCP och författaren hittar inget i hennes tänkande som står i motsättning till standardvårdplanen LCP. Det innebär att författaren inte ser ett direkt hinder att tillämpa LCP i Sverige även om studierna är genomförda i andra länder. Den egna erfarenhet av LCP är begränsad till praktik inom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), där författaren fick möjlighet till att tillämpa

LCP. Den specifika erfarenhet var att det inte alltid gick att kommunicera med den döende patienten men däremot kändes det då som meningsfullt att föra samtal med de anhöriga. Sammanfattningsvis bedömer författaren att det vore värdefullt att utvidga användningen av standardvårdplanen LCP i Sverige.

9.2 Rekommendation för vidare studier

För att skapa ytterligare evidens av LCP förutsätts ytterligare studier. LCP är ett relativt nytt vägledande arbetssätt vars verkliga konsekvenser kanske inte utvärderats fullt ut ännu. LCP ur ett sjuksköterskeperspektiv behöver undersökas ytterligare. Tidigare studier som har utförts i länder som England, Nya Zeeland och Italien men ingen har gjorts i Sverige. LCP tillämpas på över 100 olika enheter i Sverige och en utvärdering är önskvärd. Därför rekommenderas fortsatt forskning ur ett svenskt sjuksköterskeperspektiv i vad gäller deras uppfattning, erfarenheter och syn på LCP.

Referensförteckning

- Badger, J. (2005). Factors that enable or complicate end of life transitions in critical care. *American Journal of Critical Care*, 14 (6), 513-522.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beck-Friis, B. & Strang, P. (2012). Inledning. I B, Beck-Friis. & P, Strang. (Red.), *Palliativ medicin och vård* (12-14) Stockholm: Liber.
- Beckstrand, R., Callister, L-C & Kirchhoff, K. (2006). Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end of life care. *American Journal Critical of Care* 15,1), 38-42.
- Bennett, M. (1996). Death rattle. An audit of hyoscine (scopolamine) use and review of management. *Journal Pain Symptom Manage* 12, 229-233.
- Bernard, M. & Creux, F. (2003). Suffering – a problem that also affects nurses. *European Journal of Palliative Care*, 10, (2), 77-81.
- Boyle, M. & Carter, D. (1998). Death anxiety amongst nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 4, (1), 37-43.
- Brülde, B. (2003). Lindrat lidande som den palliativa vårdens huvudmål. I L, Sandman & S, Woods. (Red.) *God palliativ vård*. (s 55- 83) Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande- det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22,(1), 4-8.
- Clark, J., Sheward, K., Marshall, B. & Allan, S. (2012). Staff Perceptions of End-of-Life Care following Implementation of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient in the Acute Care Setting: A New Zealand Perspective. *Journal of Palliative Medicine* 15, (4), 468-473.
- CODEX Regler och riktlinjer för forskning. (2013). Forskning som involverar människan. [Elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>> [2013-10-11].
- Di Leo, S., Beccaro, M., Finelli, S., Borreani, C. & Constantini, M. (2011). Expectations about and impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital. *Palliative Medicine* 25, (4), 293-303.
- Ellershaw, J., Foster, A., Murphy, D., Shea, T. & Overill, S. (1997). *Developing an intergraded care pathway for the dying patient*. *Europe Journal Palliative Care*, 4, (6), 203-207.
- Ellershaw, J. & Murphy, D. (2003a). The national pathway network of palliative care pathways. *Journal of Intergraded Care Pathways*, 7, 11-13.
- Ellershaw, J. & Murphy, D. (2005). The Liverpool Care Pathway (LCP) influencing the UK national agenda on care of the dying. *International Journal Palliative Nursing*, 11, 132-134.
- Ellershaw, J., Smith, C., Overill, S., Walker, S. & Aldridge, J. (2001). Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *Journal Pain Symptom Manage*, 21, (1), 12-17.
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003b). Care of the dying patient: the last hours of life. *British Medicine Journal*, 326, 30-34.
- Ellershaw, J. & Wilkinson, S. (2011). *Care of the dying: a pathway to excellence*. New York: Oxford University Press.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Evans, N. & Walsh, H. (2002). The organisation of death and dying in today's society. *Nursing Standard*, 16(25), 33-38.

- Ferrell, B., Grant, M. & Viriani, R. (1999). Strengthening nursing education to improve end-of-life care. *Nursing Outlook*, 47, 252-256.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F, Friberg. (Red.), *Dags för uppsats* (133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Glare, P., Dickman, A. & Goodman, M. (2011). Symptom control in care of the dying. I (Red.), J, Ellershaw. & S, Wilkinson, *Care of the dying: a pathway to excellence* (33-60). New York: Oxford University Press.
- Gambles, M., Strizaker., Jack, B. & Ellershaw, J. (2006). The Liverpool Care Pathway in hospices: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(9), 414-421.
- Hennezel, M. (1998). Intimate distance. *European Journal of Palliative Care*, 5, (2), 56-59.
- Hidalgo Kehoe, M. (2006). Embodiment of Hospice Nurses. A metasynthesis of Qualitative Studies. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8, (3), 137-146.
- Jack, B., Gambles, M., Murphy, D. & Ellershaw, J. (2003). Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing* 9(9), 375-381.
- Jakobsson, A., Andersson, M. & Öhlén, J. (2009). Livets slutskede – välbefinnande och död. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 327-255). Lund: Studentlitteratur.
- Kaasalainen, S., Brazil, K., Wilson, D., Willison, K., Marshall, D., Taniguchi, A., & Williams, A. (2011). Palliative care nursing in rural and urban community settings: a comparative analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 17, (7), 344-352.
- Kinder, C. & Ellershaw, J. (2003). How to use the Liverpool Care Pathway for the dying patient. I (Red.), J, Ellershaw. S, Wilkinson. *Care of the dying: a pathway to excellence* (11-41). New York: Oxford University Press.
- Kitchier, D., Davidson, C. & Bundred, P. (1996). Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice. *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 2, (1), 65-69.
- Lhussier, M., Carr, S. & Wilcockson, J. (2007). The evaluation of an end-of-life integrated care pathway. *International Journal of Palliative Nursing* 13(2). 74-81.
- Mayland, C., Williams E. & Ellershaw, J. (2008). How well do current instruments using bereaved relatives' views evaluate care for dying patients? *Palliative Medicine*, 22, 133-144.
- McNicholl, M., Dunne, K., Garvey, A., Sharkey, R. & Bradley, A. (2006). Using the Liverpool Care Pathway for a dying patient. *Nursing standard*. 20(38), 46-50.
- Nationalencyklopedin. (2014). [Elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.ne.se/palliativ>>. [2014-01-16].
- Nationella Rådet för Palliativ vård. (2013). Vad är palliativ vård? [Elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-varld/>> [2013-10-11].
- Neuberger, B., Aaronovich, D., Bonser, T., Charlesworth-Smith, D., Cox, D., Lord Chales Guthrie., Lord Khalid Hameed., Lord Harries of Pentregarth., Jackson, E. & Waller, S. (2013). More care, Less pathway. A review of the liverpool care pathway. [Elektronisk] Tillgänglig: <<https://www.gov.uk/government/publications/review-of-liverpool-care-pathway-for-dying-patients>>. State of health. Government. [2013-10-5].
- O'Hara, T. (2011). Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing* 17(5). 239-244.
- Parish, K., Glaetzer, K., Grbich, C., Hammond, L., Hegarty, M., & McHugh, A. (2006). Dying for attention: palliative care in the acute setting. *Australian Journal Advanced Nursing*, 24,(2), 21-25.

- Patrick, D. & Engelberg, R. (2001). Evaluating the quality of dying and death. *Journal Pain Symptom Manage*, 22, (3), 717-726.
- Puntillo, K. & McAdam, J. (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), 332-340.
- Segersten, K. (2012). Ännu en metodbok. I (Red.) F. Friberg. *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s 13-21).
- Seymour, J. & Philp, I. (2001). Palliative care and geriatric medicine: shared concerns, shared challenges. *Palliative Medicine*, 15, 269-270.
- Sinding, C. (2003). Disarmed complaints: unpacking satisfaction with end-of-life care. *Social Science & Medicine*, 57, 1375-1385.
- Socialstyrelsen. (2005). Var dör de äldre - på sjukhus, särskilt boende eller hemma? En registerstudie. [Elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-123-30>> [2013-12-13].
- Socialstyrelsen. (2006). Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). Dödsorsaker 2012. [Elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-8-6/Sidor/default.aspx>> [2013-12-06].
- SOU 1995:5. (1995). Vårdens svåra val. [Elektronisk]. Tillgänglig: <<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124>> [2013-10-11].
- SOU 2001:6. (2001). Döden angår oss alla- Värdig vård vid livets slutskede. [Elektronisk]. Tillgänglig: <<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2782>> [2013-11-03].
- Taylor, A. & Randall, C. (2007). Process mapping: enhancing the implementation of the Liverpool Care Pathway. *International Journal of Palliative Nursing*, 13,(4),163-167.
- Ternerstedt, B-M, Österlind, J., Henoch, I. & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n, En modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Thompson, G., McClement, S. & Daeninck, P. (2006). Nurse's perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*, 53, (2), 167-177.
- Thurston, J. & Waterworth, S. (2012). Making sense': nurses' experiences of changing practice in caring for dying patients in New Zealand. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(10), 500-507.
- Veerbeek, L., van Zuylen, L., Gambles, M., Swart, SJ., van der Heide, A., van der Rijt, CC. & Ellershaw, JE. (2006). Audit of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient in a Dutch cancer hospital. *Journal of Palliative Care*, 305-308.
- Veerbeek, L., van Zuylen, L., Swart, SJ., van der Maas, PJ., de Vogel-Voogt, E., van der Rijt, CC. & van der Heide, A. (2008). The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *Palliative Medicine*, 145-151.
- Walker, R. & Read, S. (2010). The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing* 16(6). 267-273.
- Watson, J., Hockley, J. & Dewar, B. (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 234-240.
- World Health Organisation. (2013).[Elektronisk] Hämtad: 2013-10-06 från <http://www.who.int/cancer/definition/en>
- Östlundh, L. (2012) Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar		Valda artiklar
Cinahl	Pathway, end-of-life, nurse	17		Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions
		Lästa abstrakt 1	Dubbletter 2	
Cinahl	Nursing, perceptions, Liverpool Care Pathway	4		Endast dubbletter
		Lästa abstrakt 0	Dubbletter 4	
Medline	End-of-life care, Liverpool Care Pathway	53		Endast dubbletter
		Lästa abstrakt 7	Dubbletter 5	
Medline	Nursing, perceptions, Liverpool Care Pathway	6		Endast dubbletter
		Lästa abstrakt 1	Dubbletter 4	
Pubmed	End-of-life care, Liverpool care pathway	102		Staff perceptions of end-of-life care following implementation of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute care setting Introduction of the Liverpool Care Pathway for end of life care to emergency setting Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting. The Liverpool Care Pathway in hospice: an exploratory study of doctor and nurse perceptions.
		Lästa abstrakt 13	Dubbletter 2	
Pubmed	Nurses attitudes, LCP	7		Endast dubbletter
		Lästa abstrakt 0	Dubbletter 2	
Pubmed	Nurse, experience, LCP	3		`Making sense': nurses experiences of changing practice in caring for dying patients in New Zealand
		Lästa abstrakt 1	Dubbletter 1	
ProQuest Nursing & Allied Health Source	Nurse, perception, end-of-life care, LCP	32		Expectations about and impact of the LCP for the dying patient in an Italian hospital.
		Lästa abstrakt 4	Dubbletter 1	
ProQuest Nursing &	Nurse, attitudes, LCP	92		Endast dubbletter

Allied Health Source		Lästa abstrakt 5	Dubletter 1	
ProQuest Nursing & Allied Health Source	Nurse, perception, LCP	104		Endast dubletter
		Lästa abstrakt 6	Dubletter 1	

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Jack et al	Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting	2003, England, International Journal of Palliative Care	Undersöka sjuksköterskors uppfattning om LCP's inverkan.	Metod: Kvalitativ med semi-strukturerade intervjuer Urval: 15 sjuksköterskor och två fokusgrupper Analys: Mixad strategi som bestod av fyra steg, organisering, likheter, nedskärning och analys. I nedskärningsfasen kodades data och frågor delades in i underkategorier	Förbättrad symtomkontroll Förbättrad vård av de anhöriga Förbättrad kommunikation LCP bidrog till ökad förståelse av upphörandet av opassande rutinvård.
Gambles et al	The Liverpool Care Pathway in hospice: an exploratory study of doctor and nurse perceptions	2006, England, International Journal of Palliative Nursing	Utforska läkare och sjuksköterskors uppfattning av LCP på Hospice.	Metod: Kvalitativ med standardiserade semi-strukturerade intervjuer Urval: 8 Sjuksköterskor och 3 läkare Analys: Tematisk analysmetod. Varje intervju var initialt individuellt analyserad av två forskare som lyssnade på inspelningen av intervjun samt identifierade uppkommande teman. Intervjuerna blev sedan nerskrivna och analyserades igen av två forskare i syfte att säkerställa trovärdighet av resultaten. I den analysen ingick kodning av all intervju-data samt delades in i teman.	LCP är skapat för andra vårdinrättningar än inom palliativ vård. Upplivede LCP som ett värdefullt verktyg vid levererandet av vård. LCP gav relevant dokumentation av alla de element som var av betydelse. Bättre sammanfattad, tog kortare tid och tidsbesparande. LCP bidrog till en effektivare kommunikation som gav värdefulla uppmaningar kring viktiga kommunikationsämnen

Lhussier et al	The evaluation of an end-of-life integrated care pathway	2007, England, International Journal of Palliative Nursing	Undersöka behov hos sjukvårdspersonalen när de tar till sig en integrerad vårdplan (ICP) för vård i livets slut.	Metod: Aktionsforskningsprojekt med samarbetslärande grupper. Urval: Mix av läkare och sjuksköterskor som var med när LCP implementerades Analys: Diskussionerna spelades in och dikterades ner.	Ökad medvetenhet om kommunikationens betydelse Vägledning till konversationer Kommunikationsfärdigheter förvärvades Kände sig mer bekväma att starta diskussioner om döden och döendet med anhöriga Samarbetsvänlig attityd skapades inom vårdteamet Mängden av dokumentation minskades samt sågs tidsbesparande och bättre lämpad.
Paterson et al	Introduction of the Liverpool Care Pathway for end of life care to emergency medicine	2009, England, Emergency medicine journal	Förbättra vården för patienter som kommer till akutvårdsavdelning och som är akut på väg att dö eller när vidare behandling ej är möjlig.	Metod: Står ej Urval: 17 sjuksköterskor deltog, motsvarade 85 % av de totala antalet 20 st som tillfrågades. Analys: Anonym svarsblankett som var utformad av fri text och kvalitativ drop-down box.	Mindre och förbättrad dokumentation: Ökat självförtroende i relation till den vård som gavs. Förbättrad kommunikation inom vårdteamet: 29 % upplevde förbättrad, 71 % upplevde avsevärt förbättring Vården av döende patienten: 24% Förbättrats, 76% Avsevärt förbättrats Nöjdhet med LCP som standard vårdplan: 24% Nöjda, 76% Mycket nöjda
Walker & Read	The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions	2010, England, International Journal of Palliative Nursing	Undersöka läkare och sjuksköterskors erfarenheter av LCP på två intensivvårdsavdelningar, särskilt vad gäller dess potentiella inverkan på det praktiska utförandet.	Metod: Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer. Deskriptiv fenomenologisk ansats. Urval: En läkare och 5 sjuksköterskor Analys: Intervjuerna spelades in	LCP sågs som en sjuksköterskemodell Gav riktad vård Främjade symtomlindring och kommunikation Gav möjlighet att vårda patienten istället för att låta monitorerna tala om när vård ska upphöra.

				och skrevs ner. Utskrifterna kodades samt delades in under teman. Data analyserades av forskaren samt av erfaren handledare.	Förbättrad dokumentation- heltäckande Passande förskrivning av läkemedel Vårda symtom allteftersom de uppträdde Humanistisk tillvägagångssätt som involverade patienten och dennes anhöriga Fokus hamnade på mekanismer av döendet. Standardiserat upphörande av behandling som ansågs vara behjälpligt
O'Hara	Nurses views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting	2011, England, International Journal of Palliative Nursing	Undersöka sjuksköterskors syn på LCP som använder det på LCP som tillämpar det på döende patienter på akut sjukvårdsavdelning.	Metod: Kvalitativ forskningsansats Urval: Sjuksköterskor från en onkologisk avdelning samt från fem medicinvårdsavdelningar Två fokusgrupper med 6 deltagare i varje grupp. En grupp var specialister inom palliativ vård och den andra var allmänna sjuksköterskor Analys: Prepositive sampling som ej var randomiserad. Gruppdiskussionerna dikterades ner och fördelades in i under huvudrubriker. En deskriptiv sammanställning utfördes av svaren.	Kommunikation: God kommunikation inom det multiprofessionella teamet Utgör plattform som främjar till diskussion Lugnande inverkan på anhöriga Självförtroende: Allmänna gruppen: Oro över att ej ha tillräckligt med erfarenhet men fick genom vägledningen ökat självförtroende Specialist gruppen: Ökat självförtroende Läkemedel och symtomkontroll: Specialist gruppen: Stött på svårigheter med att få patienter insatta på LCP.
Di Leo et al	Expectations about and impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian	2011, Italien, Palliative Medicine	Undersöka förväntningar och påverkan hos sjukvårdspersonal av Liverpool Care Pathway för den döende patienten på ett italienskt sjukhus.	Metod: Kvalitativ Urval: Fyra fokusgrupper valdes ut slumpmässigt Slutliga sammanställningen bestod av 6 läkare och 9	Symtomkontroll och upphörande av opassande behandling: Fysiska lidandet ansågs fortfarande vara underskattat och symtomhanteringen skulle kunna förbättras genom att samordnad upptäck

	hospital			<p>sjuksköterskor</p> <p>Analys: Öppna frågor ställdes under gruppdiskussionerna.</p> <p>Fyra möten med fokusgrupperna spelades in, diskuterades och analyserades med hjälp av en tematisk metod för att hitta kontext i svaren.</p> <p>Dagen efter varje möte med fokusgrupp träffades forskarna och observerade data samt sammanställde till skriftlig rapport. Två av forskarna granskade skrifterna i detalj där de sedan sorterade ut ämnen, kategorier av innehåll.</p>	<p>av symtom.</p> <p>Kommunikation med patienter:</p> <p>Sjuksköterskor uttryckte svårigheter med att känna empati med patienter som hade cancer och befann sig i livets slut.</p> <p>Upplövde fortsatt svårighet men ansåg sig ha förvärvat färdigheter som underlättat</p> <p>Kommunikation med anhöriga:</p> <p>Kände före LCP att det var utmanande.</p> <p>Svårigheter kvarstod men färdigheter förvärvades genom LCP som ansågs hänga samman med den förbättrade kommunikationen inom vårdteamet.</p> <p>Kommunikation inom vårdteamet:</p> <p>Positiv inverkan på ett övergripande plan.</p> <p>Bättre symtomkontroll ansågs bero på den ökade kommunikationen inom vårdteamet</p>
Thurston & Watherworth	`Making sense´: nurses' experiences of changing practice in caring for dying patients in New Zealand	2012, Nya Zeeland, International Journal of Palliative Nursing	Undersöka sjuksköterskors erfarenheter av en upp-och-ner-vändning som involverar introduktionen av Liverpool Care Pathway av den döende patienten.	<p>Metod: Kvalitativ med semi-strukturerade intervjuer</p> <p>Urval: Två fokusgrupper.</p> <p>Två sjukvårdsavdelningar en akut -och en kirurgiavdelning.</p> <p>Valdes ut på grund av deras höga andel av dödsfall.</p> <p>5 sjuksköterskor med särskild förståelse och erfarenhet av LCP valdes ut från respektive avdelning</p>	<p>Självförtroende:</p> <p>Förbättrades vad gäller symtomhanteringen och i vården av den döende människan</p> <p>Gav vägledning, ökad kunskap samt känsla av att ge bättre vård för nyexaminerade sjuksköterskor</p> <p>Kommunikation:</p> <p>Positiv inverkan inom det multidisciplinära teamet</p> <p>Assistans till att bjuda in till diskussion med patient och dennes familj.</p>

				<p>Analys: Transkriptionerna från intervjuerna kodades manuellt och delades in i underkategorier samt teman för att sedan granskas av en annan forskare.</p>	<p>Flera av deltagarna uttryckte att de kände sig obekväma med namnet LCP, vägledning för döende människor</p>
Clark et al	<p>Staff Perceptions of End-of-Life Care following Implementation of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient in the Acute Care Setting: A New Zealand Perspective</p>	<p>2012, Nya Zeeland, Journal of Palliative Medicine</p>	<p>Sjukvårdspersonals uppfattning av vård i livets slut före och efter införandet av LCP på två sjukvårdsavdelningar</p>	<p>Metod: Blandad metod som består av en kvantitativ demografisk data relaterat till populationen i studien.</p> <p>Kvalitativ analysmetod tillämpades under analysen av frågeformulär av gilla-skala blankett, öppna frågor och fokusgruppsdata</p> <p>Urval: 30 medverkande, sjukvårdspersonal</p> <p>Analys: deskriptiv analysmetod tillämpades i relation till undersökningsfrågorna, mål för sjukvård, sjukvårdspersonalens kunskap, självförtroende, teamarbete, beslutsfattande, guidning i det praktiska utförandet.</p>	<p>Bättre vård:</p> <p>>70% av deltagarna höll med eller verkligen höll med om att LCP influerat vården på ett positivt sätt samt att den övergripande vården blivit bättre</p> <p>>90 % av deltagarna svarade att de hade fått förbättrad förståelse av målen med vården.</p> <p>Kunskapsnivå:</p> <p>Personalens kunskapsnivå ökade</p> <p>Självförtroende:</p> <p>Förbättrades</p> <p>Den största noterade förbättringen var förskrivningen av läkemedel mot de fem vanligaste symtomen för en patient som befinner sig i livets slut.</p> <p>Kommunikation inom arbetsteamet:</p> <p>Stimulerade till konversationer angående om patientens status och en passande vårdplan.</p> <p>Involvering av det hela multiprofessionella teamet vid beslutsfattande förbättrades likaså</p> <p>Kommunikationen mellan anhöriga och vårdpersonal förbättrades</p> <p>Uppmärksamma döendet:</p> <p>> 70 % av deltagarna ansåg att LCP bidragit</p>

					till att identifiera döendet. Det var dock flera som ansåg att det var fortsatt svårt att veta när ingripande skulle upphöra
--	--	--	--	--	--

Dokumentation:

Sågs lätt tillämpning