EXAMENSARBETE

Faktorer som påverkar övergången från kurativ till palliativ vård
en integrativ litteraturöversikt

Fanny Lindbäck
Elisa Pekkarinen

Sjuksköterska
2025

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsa, lärande och teknik

LULEÅ TEKNISKA UNIVERSITET

[Denna sida har avsiktligt lämnats tom]

Abstrakt

Bakgrund: Det är ungefär 57 miljoner människor årligen som är i behov av palliativ vård, men enbart 1 av 10 får palliativ vård. När kurativ vård inte längre ger effekt är det viktigt att sjuksköterskan tillsammans med vårdteamet uppmärksammar och hjälper patienten att acceptera en övergång till palliativ vård. **Syfte:** Syftet med denna studie var att utforska vilka faktorer som påverkar övergången från kurativ vård till palliativ vård. **Metod:** Den valda designen var en integrativ litteraturstudie. Litteratursökningen genomfördes i databaserna Pubmed och CINAHL, vilket resulterade i 15 artiklar som kvalitetsgranskades och inkluderades i analysen. **Resultat:** I resultatet förekom flera faktorer som antingen försvårar eller underlättar övergången till palliativ vård. Dessa är: Att få behålla behandling, Att acceptera prognosen, Patientens förutsättningar och vårdens resurser, Att vilja klara sig själv och behålla sin autonomi, Att få möjlighet till öppen kommunikation och emotionellt stöd, Betydelsen av vårdrelationen, Anhörigas inflytande, Ett multiprofessionellt samarbete, Graden av kunskap hos vårdgivaren och Ett botande tankesätt. **Slutsatser:** Denna kunskapsöversikt kan bidra till en ökad medvetenhet kring sjuksköterskans egna förhållningssätt samt förståelse i hur man kan bedriva en god omvårdnad för patienter som genomgår en transition till palliativ vård. Det föreslås att ytterligare forskning bör bedrivas om övergången till palliativ vård för specifika patientgrupper med kroniska sjukdomar.

Nyckelord: Faktorer, Försvåra, Kunskapsöversikt, Kurativ vård, Omvårdnad, Palliativ vård, Underlätta, Övergång

Institutionen för hälsa lärande och teknik
Avdelningen för omvårdnad och medicinsk teknik

Det är ungefär 57 miljoner människor årligen i världen som är i behov av palliativ vård, men enbart 1 av 10 får palliativ vård. Det framkommer att dessa siffror kan komma att dubblas till år 2060 på grund av att populationen blir äldre, samt att multisjuklighet och insjuknande i kroniska sjukdomar ökar (Lundh Hagelin et al., 2021). Palliativ vård innebär en patient- och familjecentrerad vård där syftet är att maximera livskvaliteten hos den med obotlig sjukdom samt förebygga lidande genom psykologiska, spirituella, sociala, farmakologiska och medicinska åtgärder, för att lindra symtom när kurativ behandling inte längre är effektivt (Mercadante et al., 2018; Sansone et al., 2023; Rafiee et al., 2024). När man arbetar med palliativ vård, utgår man från fyra hörnstenar. De första tre hörnstenarna innefattar symtomlindring vid svåra tillstånd, betydelsen av teamarbete ur ett helhetsperspektiv samt vikten av en god kommunikation och kontinuitet mellan patient, närstående och vårdgivare. Den sista hörnstenen handlar om hur viktigt det är med närståendes närvaro och att tillgodose deras önskemål inom palliativ vård samt att även de får tillräckligt med stöd (Palliativt kunskapscentrum, u.å.). Genom historiens gång har begreppet palliativ vård felanvänts, vilket har gjort att begreppet fått en negativ klang och kopplas än idag till att vara döende (Hawley, 2016).

Kurativ vård innebär vård som har som målsättning att patienten botas från sin sjukdom och återfår bästa möjliga hälsa (Nationella rådet för palliativ vård, u.å). När behandlingen inte längre är effektiv och målet inte kan uppnås, samt när patienten förväntas avlida till följd av sjukdom, ska sjuksköterskan tillsammans med läkaren stödja patienten i att acceptera övergången från kurativ till palliativ vård (Gardiner et al., 2015; Mercadante et al., 2018). Övergången till en ny vårdform kan beskrivas som en transition, vilket innebär att man övergår från en situation till en annan. Transition kan förknippas med förändring och utveckling och sker vid händelser som människan oftast inte kan påverka eller kontrollera, men det kan även bero på ett val som man medvetet gör. Transitionen pågår från den första insikten om en kommande övergång, tills att situationen blivit stabil i den nya kontexten (Chick & Meleis, 2010). Övergången till palliativ vård kan vara en mycket känslosam period för både patienten och närstående där de kan känna sig övergivna och hjälplösa samt osäkra över framtiden (Gardiner et al., 2015).

Målet med patienter i livets slutskede är att de ska få omvårdnad av hög kvalitet samt stöd med att bevara livskvaliteten tills de avlider. En övergång till palliativ vård innebär att patientens val kring den egna vårdplaneringen ska tillgodoses, vilket kan öka det sociala stödet samt sannolikheten att acceptera diagnosen och förstå sjukdomens allvar (Gardiner et al., 2015). Detta

kan också innebära att patienten blir mer mottaglig för behandling av sina symtom och eventuellt tar emot psykosociala insatser (Haun et al., 2017). Om patienten är mottaglig kan det leda till att patienten upplever reducerad stress och ökad livskvalitet i livets slutskede. Förutom detta kan patienten uppleva en känsla av kontroll när beslut grundar sig på deras individuella värderingar (Haun et al., 2017). Integrering av palliativ vård kan ge patienten insikter om livet vilket möjliggör planering inför framtiden när det exempelvis gäller beslut om begravning samt möjligheten att sluta fred med nära och kära (Okyere & Kissah-Korsah, 2023).

När patienten får en palliativ diagnos tilldelas denne ett palliativt vårdteam där vårdteamet arbetar interprofessionellt. Detta kräver att professionerna i teamet har kunskap kring andras professioner och deras kompetens i området. Ett interprofessionellt team tar hänsyn till etiska värderingar, patientens behov och har ett helhetsperspektiv på vården (Kesonen et al., 2022). Sjuksköterskan är huvudansvarig för patientens omvårdnad och agerar som samordnare mellan olika aktörer som patient, närstående och andra vårdgivare (Rafiee et al., 2024). Det är därför viktigt att sjuksköterskan som står närmast patienten uppmärksammar ansvarig läkare när sjukdomsbilden förändras eftersom det är vårdteamet som tar ett gemensamt beslut om övergång från kurativ till palliativ vård (Mercadante et al., 2018).

Som sjuksköterska kan man ge omvårdnad av hög kvalitet genom att ha ett helhetsperspektiv. Vården utgår då inte enbart från fysiska symtom utan fokuserar även på patientens och anhörigas individuella psykosociala frågor (Krikorian et al., 2011). Det är viktigt att ha kompetens inom palliativ vård för att öka kvaliteten på vården som ges (Rafiee et al., 2024; Wallerstedt et al., 2018). Det är även viktigt att sjuksköterskan har kunskap om samt en positiv attityd till palliativ vård för att öka implementeringen av denna vårdform (Rafiee et al. 2024). En del av vårdpersonalen anser att palliativ vård påbörjas för sent, vilket varken gynnar patienten, närstående eller personalen. I motsats leder en tidig övergång till färre besök på akutmottagningen, mindre inläggningar, mindre dödsfall samt minskade vårdkostnader (Wallerstedt et al., 2018).

Denna studie har betydelse för både patienter och anhöriga samt sjuksköterskans kliniska arbete. Studien bidrar med underlag som sjuksköterskan kan tillämpa i det kliniska arbetet för att förbättra vården för patienter. Kunskapen kring faktorer som underlättar eller försvårar övergången kan bidra till att patienter inom palliativ vård får en tryggare övergång med rätt stöd från sjukvårdspersonal, vilket leder till att patienternas behov lättare tillgodoses. Därför är det speciellt viktigt att sjukvårdspersonal, speciellt sjuksköterskor som är närmast patienten, vet vad som kan underlätta eller försvåra för patienter och närstående att övergå från kurativ vård till

palliativ vård. Syftet med denna studie var därför att utforska vilka faktorer som påverkade övergången från kurativ vård till palliativ vård.

Metod

Designen är en integrativ litteraturstudie med en induktiv ansats som sammanfattar empirisk och teoretisk litteratur. Denna metod är lämplig eftersom den ger en omfattande förståelse av syftet. Välgjorda integrativa litteraturstudier lyfter även fram det aktuella tillståndet av forskning inom ämnet, vilket bidrar till utvecklingen av olika teorier samt möjligheter att tillämpa forskningen inom kliniskt arbete (Whittemore & Knafl, 2005). En annan fördel med denna metod är att den tillåter inkludering av både kvantitativa och kvalitativa studier, vilket bidrar till en mer heltäckande bild över ämnet (Whittemore & Knafl, 2005).

Litteratursökning och kvalitetsgranskning av artiklar

Litteratursökningen genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL. Sökorden som användes var communication, decision making, symptom management, patient, palliative care, hospice care, end-of-life care, challenges, barriers, facilitator, transition och change of care. Enligt Karlsson (2017, s. 88–93) kan dessa kombineras med booleska sökoperatörer, såsom AND för att specificera sökningen samt OR för att bredda den. Dessa användes i sökblocken tillsammans med trunkering på en del av fritext orden. Trunkering innebär att man söker på alla ord med en gemensam grund samtidigt (Karlsson, 2017, s. 92).

Vid sökning i CINAHL valdes sökblocket (challenges OR barriers OR facilitator*) bort eftersom den gav låga träffar som inte var relevanta till syftet. I Cinahl användes funktionen “explode” på sökorden Decision Making och Communication för att även söka på de underliggande termerna i syfte att bredda sökningen.

Billhult (2017, s. 266) beskriver att man använder inklusionskriterier för att exkludera studier som inte uppfyller kraven, vilket kallas för ett planerat bortfall. De inklusionskriterier som användes var vuxna personer (minst 18 år) samt övergång från kurativ vård till palliativ vård. Ett ytterligare inklusionskriterium var att artiklar var publicerade på engelska under de senaste 5 åren. Sökbegränsningarna som användes var artiklar från 2019–2025 och english language. Se tabell 1 för översikt av sökprocessen.

Tabell 1. Redovisning av systematisk litteratursökning i PubMed.

Syftet med litteratursökningen: att ta reda på vilka faktorer som påverkar övergången från kurativ vård till palliativ vård.

PubMed 2025-02-03

Begränsningar: English language, publication date 2019-2025

Söknr	Sökord	Term	Antal träffar	Antal valda
S1	Communication	FT	880,155	0
S2	"Decision making"	FT	319,380	0
S3	"Symptom management"	FT	8,918	0
S4	S1 OR S2 OR S3		1,169,845	0
S5	Patient*	FT	9,249,871	0
S6	"Palliative care"	MeSH	66,549	0
S7	"Hospice care"	MeSH	8,485	0
S8	"End-of-life care"	FT	17,140	0
S9	S6 OR S7 OR S8		82,444	0
S10	Challenges	FT	1,417,876	0
S11	Barriers	FT	484,608	0
S12	Facilitator*	FT	47,366	0
S13	S10 OR S11 OR S12		1,861,763	0
S14	Transition	FT	656,790	0
S15	"Change of care"	FT	26	0
S16	S14 or S15		656,809	0
S17	S4 AND S5 AND S9 AND S13 AND S16		80	10

Term: MeSH – Medical Subject Headings. CH- CINAHL Headings. FT - Fritext sökning

Tabell 1. Fortsättning Redovisning av systematisk litteratursökning i CINAHL.

Syftet med litteratursökningen: att ta reda på vilka faktorer som påverkar övergången från kurativ vård till palliativ vård.

2025-02-04

Begränsningar: English language, publication date 2019-2025

Söknr	Sökord	Term	Antal träffar	Antal valda
S1	Communication+	CH	351,978	0
S2	Decision Making+	CH	161,607	0
S3	"symptom management"	FT	5,439	0
S4	S1 OR S2 OR S3		497,807	0
S5	patient*	FT	2,571,012	0
S6	Palliative care	CH	44,451	0
S7	Hospice care	CH	10,163	0
S8	"end of life care"	FT	52,524	0
S9	S6 OR S7 OR S8		65,253	0
S10	Challenges	FT	160,504	0
S11	Barriers	FT	107,431	0
S12	Facilitator*	FT	23,694	0
S13	S10 OR S12 OR S13		261,067	0
S14	Transition	FT	54,676	0
S15	"Change of care"	FT	428	0
S16	S14 OR S15		55,091	0
S17	S4 AND S5 AND S9 AND S13 AND S16		25	0
S18	S4 AND S5 AND S9 AND S16		92	5

Term: MeSH – Medical Subject Headings. CH- CINAHL Headings. FT - Fritext sökning

Vid sökning av artiklar läste författarna abstrakt och titel på 172 artiklar, varav 42 artiklar valdes ut för läsning i fulltext. Efter fulltextläsning exkluderades 27 artiklar eftersom de inte svarade mot syftet samt inte hade ett vetenskapligt upplägg. De resterande 15 artiklarna granskades med SBU:S granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2024). Vid granskning av kvalitativa studier gjordes bedömningen utifrån om studien utgick från någon filosofisk hållning/teori, hur urvalet genomförts, vilka metoder som använts vid datainsamling och analys samt vad forskarna hade för bakgrund och kompetens. Bedömningen gjordes genom att svara ja, nej eller oklart på områdena. Vid granskning av de kvantitativa studierna användes mallen för tvärsnittsstudier där bedömningen utgick från om det fanns risk för bias från confounding, exponerings grupperna, bortfall, mätning av utfallet, selektiv rapportering samt intressekonflikter. Bedömningen gjordes genom att svara ja, troligen ja, troligen nej, nej eller att informationen saknades (SBU, 2024). De 15 artiklar som inkluderades i studien bedömdes ha obetydliga eller mindre brister, men en av artiklarna hade måttliga. Artikeln med måttliga brister inkluderades i studien eftersom den låg i linje med andra artiklar med högre kvalitet. Detta innebär att inga artiklar exkluderades under granskning. Se tabell 2 för översikt av inkluderade artiklar.

Tabell 2. Översikt av artiklar som ingår i analysen.

Författare (År). Land	**Typ av studie**	**Antal deltagare**	**Metod** Datainsamling/analys	**Huvudfynd**
Calvel et al. (2019). Frankrike	Kvalitativ studie	20 (4 senior läkare, 4 elever, 2 hälso- och sjukvårdsledare, 4 sjuksköterskor, 4 vårdare, 2 palliativ vård korrespondenter)	Semistrukturella intervjuer/Två-stegs analys	Omedvetenhet hos patienter och bristande resurser innebär hinder för effektiv palliativ vård. Lagstiftningen kan styra om man vågar införa palliativ vård och förbättrat teamarbete underlättar övergången till palliativ vård.
Dillon et al. (2021). USA/Kina	Blandade metoder	25 (Onkologi team: 8 läkare, 5 andra vårdprofessioner såsom sjuksköterskor, praktikanter och socialarbetare, primärvårdsteam: 5 läkare, 7 vårdprofessioner såsom sjuksköterska, praktikant,	Djupa intervjuer/Tematisk analys	Onkologens tankesätt kring patientens sjukdomsförlopp och symtom påverkade remittering för palliativ vård och språket som användes till introduktion av palliativ vård påverkade mottagligheten hos patienten.

Författare (År). Land	Typ av studie	Antal deltagare	Metod Datainsamling/analys	Huvudfynd
		socialarbetare, präst)		
Durieux et al. (2022). USA	Kvalitativ studie	19 (Familjevårdgivare)	Semistrukturella intervjuer/Mallanalys	Tydlig kommunikation samt empati från vårdpersonalen var avgörande för vårdkvaliteten och vårdrelationen samt helhetssyn på patienten var av betydelse. Bristande information, samarbete och behandlingar skapade osäkerhet och tillgången till hospice kunde påverkas av olika faktorer.
Gonella et al. (2020). Italien	Kvalitativ studie	14 (Sjuksköterskor)	Semistrukturella intervjuer/Tematisk analys	Vårdpersonalens förutfattade meningar, bemanning, kontinuitet och god kommunikation med familjer var avgörande för en personcentrerad död. Skillnader mellan stödjande och botande vård skapade kommunikationsproblem, särskilt vid långsam sjukdomsutveckling eller anhörigas ovilja att acceptera försämringen. Övergången till palliativ vård skedde alltid för sent trots tydliga tecken på försämring.
Hasegawa et al. (2022). Japan	Kvalitativ studie	27 (5 onkologer, 5 palliativa läkare, 5 husläkare, 9 sjuksköterskor och 3 socialarbetare)	Semistrukturella intervjuer/Tematisk analys	Det är viktigt med en tidig introduktion till palliativ vård. Otillräcklig förståelse över sjukdomen för patienten, ekonomiska förutsättningar, läkarens rädsla för att ge negativa besked, patientens hopp om att bli frisk, bristande relationer och tid för kontakt och möten skapar hinder
Kirby et al. (2021). Australien	Kvalitativ studie	82 (13 patienter, 29 sjukvårdspersonal, 40 familjemedlemmar)	Intervjuer/Interaktionell diskursanalys	Att ge tydlig information och realistiska förväntningar kring behandling och prognos är viktigt för att minska ångest hos patienter och familjer. Vårdpersonal använder olika språk och strategier för att behålla hopp.
Lind et al. (2022). Sverige	Kvalitativ studie	11 (Sjuksköterskor)	Semistrukturell intervju/Kvalitativ innehållsanalys	Sjukvårdspersonal har svårt att tillämpa palliativ vård inom klinisk praktik då de upplevde sig oförberedda att möta och inkludera familjen i vården. De ansåg även

Författare (År). Land	Typ av studie	Antal deltagare	Metod Datainsamling/analys	Huvudfynd
				teamarbete som svårt och vårdmålen kunde man vara oense om.
Mayland et al. (2020). United Kingdom	Kvalitativ studie	21 (9 patienter, 4 familjevårdgivare, 8 sjukvårdspersonal)	Semistrukturella intervjuer/Tematisk analys	Osäkerhet kring när palliativ vård ska påbörjas samt vem som ansvarar för stödinsatser. Behov av mer utbildning och tydliga remissrutiner. Patienter upplever bristande kommunikation kring sin sjukdomsprognos och missuppfattningar kring palliativ vård skapade rädsla. Det framkom att psykosocialt stöd var viktigt.
Norton et al. (2019). USA	Kvalitativ studie	92 (Familjevårdgivare)	Semistrukturella intervjuer/3-fas kodningsmetod	En god kommunikation leder till smidig övergång till palliativ vård. Optimism hos patienter leder till fortsatt behandling trots bristande effekt. Trots kunskap om obotlig sjukdom hos anhöriga, kom döden som en chock. Olika åsikter mellan vårdgivare av patientens tillstånd skapade känslor av övergivenhet, ilska och misstro.
Ohnsorge et al. (2019). Schweiz/Tyskland	Kvalitativ studie	248 (62 patienter, 62 anhöriga, 124 läkare och sjuksköterskor sammanlagt)	Semistrukturella intervjuer/Tolkande fenomenologisk analys/Grundad teori	Faktorer som kan bidra till önskan om att få dö inkluderar: smärta, lidande, hopplöshet, sociala relationer och konflikter, förlorad känsla av kontroll, isolering och känna sig som en börda för andra.
Rodenbach et al, (2019). USA	Kvalitativ studie	92 (Familjevårdgivare)	Semistrukturella intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	En del anhörigvårdgivare var medvetna om patientens död genom observation av fysisk försämring medan andra blev förvånade då de inte var informerade ordentligt. Trots vårdgivarens egna åsikter kring patientens vård, respekterade denne patientens vilja vilket resulterade i att vårdgivaren upplevde en känsla av uppfyllelse och ro.
Tietbohl et al. (2023). USA	Kvalitativ studie	38 (Läkare, sjuksköterskor och socialarbetare,	Semistrukturella intervjuer/Tematisk analys	Bättre samarbete och kommunikation mellan olika vårdgivare möjliggör tidigare och bättre identifiering av patientens

Författare (År). Land	Typ av studie	Antal deltagare	Metod Datainsamling/analys	Huvudfynd
		arbetsterapeut)		hälsotillstånd.
Toteh Osakwe et al. (2022). USA	Kvalitativ studie	17 (14 sjuksköterskor, 1 undersköterska och 2 socialarbetare)	Semistrukturella intervjuer/Tematisk analys	Regler för hospicevård skapar hinder och organisationens struktur påverkar samtal och rutiner kring hospice. Hospice förknippas med döden vilket skapar hinder och hospice i hemmet upplevs svårt på grund av begränsade resurser.
Trankle et al. (2020). Australien	Blandade metoder	360 (Sjuksköterskor och läkare)	Enkät och intervjuer/Tematisk analys	Samtal om palliativ vård är både känslomässigt påfrestande samt givande för vårdpersonal. Oenighet om övergång till comfort vård, familjers orealistiska förväntningar och bristande resurser försvårar och fördröjer diskussioner kring livets slut.
Whitehead et al. (2022). Canada	Kvalitativ studie	29 (15 familjevårdgivare och 14 patienter)	Semistrukturella intervjuer/Interpretativ beskrivning	Förespråkare var uppskattat vid övergången men en del patienter upplevde sig vara en börda och var rädda för att förlora sin självständighet eller kontroll över situationen. Osäkerheter kring vårdförloppet skapade stress och förvirring samtidigt som det fanns rädsla över att förlora tidigare vårdrelationer vid övergången.

Analys

Data kan analyseras i fyra steg. Dessa steg är datareduktion, dataöversikt, datajämförelse samt slutsatsdragning och verifiering (Whittemore & Knafl, 2005).

Det första steget i analysprocessen är datareduktion, vilket innebär att man fastställer ett övergripande klassificeringssystem där de valda artiklarna delas upp i undergrupper. Sedan extraherar och kodar man data från dessa för att underlätta vidare analys (Whittemore & Knafl, 2005). Utifrån första steget sorterades de valda artiklar utifrån vilken metod som användes för att underlätta analysen. Dessa lästes igenom upprepade gånger för att få en helhetsbild. Efter det extraherades 263 textenheter som svarade mot syftet och fick ett identifieringsnummer kopplat till artikeln de tillhörde, exempelvis P3:1. De extraherade textenheterna radades upp i en tabell som sedan översattes och kondenserades till 269 att-satser för att underlätta vidare analys.

Andra steget i analysprocessen är dataöversikt, vilket betyder att data sorteras i olika översikter, exempelvis matriser (Whittemore & Knafl, 2005). En matris skapades för att presentera data i syfte att få en överblick över kunskapsläget.

Det tredje steget är datajämförelse, som innebär att man jämför data från tabellerna för att hitta mönster där liknande data kan grupperas och bilda ett tema (Whittemore & Knafl, 2005). Utifrån tredje steget användes att-satserna till att kategorisera textenheter med liknande innehåll. Kategoriseringen gjordes i ett excel-dokument i fem steg. Först fanns 269 att-satser, som i andra steget blev 151 subkategorier. Dessa minskades till 44 subkategorier i steg tre, vidare till 29 kategorier i steg fyra, och slutligen till 11 huvudkategorier. Se tabell 3 för översikt av kategorier.

Den fjärde och sista fasen är slutsatsdragning och verifieringsfasen, som går ut på att jämföra de slutgiltiga kategorierna mot primärdata och dra slutsatser av resultatet (Whittemore & Knafl, 2005). Sista steget gick ut på att jämföra likheter och skillnader mellan kategorierna för att säkerställa att de svarade mot vårt syfte. De slutgiltiga kategorierna ställdes upp i matrisen där man kunde se vilka källor som stödjer kategorierna för att säkerställa validitet gentemot primärdatan. Under processens gång har författarna återgått till primärdatan för att säkerställa att den överensstämmer med kategoriernas innehåll.

Forskningsetiska överväganden

Det finns tre etiska principer som kan användas vid genomförande av forskning (Kjellström, 2017, s. 63).

Den första principen är respekt för personen, vilket handlar om att respektera patientens autonomi och att de med begränsad autonomi ska skyddas genom exempelvis informerat samtycke (Kjellström, 2017, s. 62). Utifrån denna princip har varje vald artikel granskats för att se att de var etiskt försvarbara eller att de genomgått en etisk granskning. Exempelvis kunde det handla om att deltagarna gett informerat samtycke till studien, att studien blivit godkänd av en etisk kommitté och att deltagarna hade rätt att avsluta när som helst. Förutom dessa var det även vanligt med anonyma ljudinspelningar.

Den andra principen är gör-gott-principen som handlar om att man inte ska skada deltagarna och att nyttan med forskningen ska överväga riskerna (Kjellström, 2017, s. 63). Baserat på denna princip ansågs nyttan väga större än riskerna eftersom arbetet har som syfte att skapa förståelse kring ett fenomen. Förståelsen kan bidra till ny kunskap som kan förbättra vården för patienter och anhöriga, då sjuksköterskan kan utnyttja forskningen i kliniskt arbete.

Den tredje principen är rättviseprincipen, som handlar om hur fördelningen mellan fördelar och nackdelar ska bli rättvist. Utgångspunkten är att alla ska behandlas lika och att man inte bör utnyttja sårbara grupper (Kjellström, 2017, s. 63). Utifrån denna princip var författarna medvetna om att de valt att utgå ifrån en sårbar patientgrupp, men ansåg att det var viktigt att bedriva forskning på denna grupp för att möjliggöra utveckling av vården till det bättre samt öka förståelsen över vad patienterna går igenom. Vid urval av artiklar har data inte uteslutits bara för att den enbart handlar om ett visst kön, minoritet eller är gjord i andra länder, utan all data har inkluderats som varit av relevans för syftet för att få ett bredare perspektiv. Dock har författarna uteslutit forskning på barn eftersom de är en speciellt sårbar grupp och ansåg att datan kunde genereras från vuxnas perspektiv. Patienterna i studierna var underrepresenterade då vårdpersonalen utgjorde majoriteten av deltagarna. Resultatet kan därmed ha påverkats genom att det i första hand speglar vårdpersonalens perspektiv och inte patienternas syn på faktorer som påverkade övergången till palliativ vård. Detta innebär att viktiga aspekter av patienternas erfarenheter och behov kan ha fallit bort.

Resultat

Tabell 3. *Översikt av kategorier.*

Kategorier
Att få behålla behandling
Att acceptera prognosen
Patientens förutsättningar och vårdens resurser
Att vilja klara sig själv och behålla sin autonomi
Att få möjlighet till öppen kommunikation och emotionellt stöd
Betydelsen av vårdrelationer
Anhörigas inflytande
Ett multiprofessionellt samarbete
Tidiga samtal kring palliativ vård
Graden av kunskap hos vårdgivare
Ett botande tankesätt

Att få behålla behandling

En faktor som påverkade övergången till palliativ vård var att patienter var tvungna att avstå från all kurativ behandling. Det framkom att patienterna ville ha palliativ vård, men något som hindrade var att det kändes skrämmande att behöva ge upp viktiga behandlingar som exempelvis dialysbehandling, eftersom den fick patienterna att må bra (Toteh Osakwe et al., 2023). Medicinska enheter menade att om man skulle kunna inleda samtal kring livets slutvård, måste behandlande vård avslutas (Trankle et al., 2020). När patienten fick behålla kurativ vård, upplevdes övergången tryggare och palliativ vård sågs som en extra förmån (Toteh Osakwe et al., 2023)

> *"I mean, because ... we're not saying to them, oh, you're going there (to hospice), and we're gonna let you go, you know, or we're not going to service anymore. And I think with that—there's a big difference when the message is we're still gonna be there. You know, but this (hospice) is just extra benefits for you."* (Toteh Osakwe et al., 2023, s. 116)

Att acceptera prognosen

Patienten och anhörigas sårbarhet vid tiden för palliativ vård kunde resultera i bristande mottaglighet, vilket skapade hinder för diskussion om palliativ vård (Dillon et al., 2020; Trankel et al., 2020). En faktor som försvårade övergången var när patienten själv och anhöriga ansåg att patientens inställning till att fortsätta kämpa vägde tyngre än att avsluta behandling. Det framkom att trots ett flertal samtal med patienten om att avsluta behandling, ville patienten fortsätta tills alla alternativ var slut (Hasegawa et al., 2021; Norton et al., 2019).

Det visade sig att patienten och anhöriga var medvetna om den obotliga sjukdomen men förträngde och hoppades på att döden var långt in i framtiden, vilket speglade viss förnekelse av situationen (Gonella et al., 2021; Norton et al., 2019). En del patienter hade lovat anhöriga att stanna vid liv så länge som möjligt, vilket gjorde att de valde bort palliativ vård (Ohnsorge et al., 2019). Forskning visade att både patienter, anhöriga och vårdpersonal ofta hoppades på mirakel och kämpade för att överleva trots negativa besked. De ansåg att om patienten överlevde längre, skulle ny forskning eller behandling eventuellt dyka upp och göra skillnad (Dillon et al., 2020; Kirby et al., 2020; Rodenbach et al., 2019). Uttrycket "att orientera framtiden steg för steg" användes för att skapa trygghet inför den osäkra framtiden. Samtidigt kunde detta dölja negativa känslor som sorg, ångest och rädsla hos patienter och anhöriga (Kirby et al., 2020).

"*The longer you can stay alive the more chance you've got of something coming up that will be*

able to make a difference ..." (Kirby et al., 2021, s. 7)

En del patienter gick emot läkarens rekommendationer om palliativ vård och valde istället att fokusera på återhämtning och uppleva nya saker. Andra fokuserade på självömkan och beklagade sig över egna beteenden och livsval som kunde bidragit till situationen (Whitehead et al., 2023). Det framkom även att när patienter hade svårt att acceptera prognosen, försämrades i sin sjukdom eller hade ökat behov av stöd, övervägde vårdgivare att skicka remisser till palliativ vård trots patientens motvilja (Dillon et al., 2020; Rodenbach et al., 2019).

Vårdgivaren närmast patienten upplevde ibland känslor av ångest och kluvenhet vid beslut om patientens fortsatta vård, särskilt när patienten hade förlorat beslutsförmågan, eftersom de var otillräckligt informerade och förberedda på patientens förestående död. Detta orsakade konflikt mellan vad de ansåg var bäst för patienten och vad patienten själv ville eftersom de inte ville gå emot patientens önskan, vilket var lätt hänt vid överväldigande situationer. Vårdgivare funderade även ofta på om de höll personen vid liv för egen skull eller för patientens skull, vilket kunde försvåra övergången (Rodenbach et al., 2019).

För att kunna ta del av palliativ vård var det viktigt att patienten var mottaglig och hade accepterat sin förestående död (Calvel et al., 2019; Dillon et al., 2020; Whitehead et al., 2023). En faktor som underlättade övergången var att en del patienter självmant valde att avstå från livsförlängande behandling och övergick istället till palliativ vård. Detta berodde på att behandlingar upplevdes väldigt påfrestande och försämrade livskvaliteten, vilket i sin tur kunde bidra till en önskan om död för att lindra lidandet (Dillon et al., 2020; Ohnsorge et al., 2019; Rodenbach et al., 2019; Whitehead et al., 2023). Att acceptera döden gav patienterna möjlighet att släppa negativa känslor och istället reflektera över livet och uttrycka tacksamhet för omgivningen samt den tid de hade kvar. Även religion, att avsluta livets åtaganden och att planera livets slut hjälpte en del patienter att acceptera den förestående döden, medan andra förlitade sig på läkarens omdöme och kunskap (Whitehead et al., 2023).

"Others explained their WTD by saying that they perceived treatment as too stressful or that it would reduce the quality of their life too much. An 80-year-old man experienced the hours of dialysis not only as extremely "boring", but said they prevented him from participating in significant social activities in his nursing home, compromising his quality of life until the point that he sometimes wished to die." (Ohnsorge et al., 2019, s. 12)

Patientens förutsättningar och vårdens resurser

Patienters tillgänglighet till att få palliativ vård hindrade övergången (Dillon et al., 2020).

Tillgängligheten kunde bero på patientens historia, boendesituation, familjedynamik samt hälsotillstånd (Tietbohl et al., 2023). Det var onkologerna som bedömde patientens rättigheter till exempelvis hemsjukvårds tjänster, vilket kunde påverka initieringen av palliativ vård (Hasegawa et al., 2022). En faktor som kunde försvåra övergången var att patienter var otillräckligt informerade om palliativ vård och hur länge försäkringen täckte kostnaderna, därmed hade tidsaspekten för patientens överlevnad betydelse (Dillon et al., 2020; Durieux et al., 2022; Hasegawa et al., 2022). Denna faktor kunde resultera i försämrad målöverensstämmelse i vården samt beslutsfattande vid övergången (Durieux et al., 2022).

Tidsbrist hos vårdpersonalen, främst på grund av personalbrist, påverkade övergången eftersom det försvårade möjligheten till djupare samtal kring frågor som patienterna och anhöriga kunde ha när det gällde besked om palliativ vård (Calvel, et al., 2019; Lind et al., 2022; Trankle et al., 2020). Trots brist på personal, fanns det även brister i arbetsmiljön som påverkade möjligheten för djupa samtal, exempelvis brist på privata samtalsplatser eftersom man lätt blev avbruten (Trankle et al., 2020).

“‘‘Interruptions, lack of time to sit and listen to patients, lack of private places to talk, lack of a pre- existing relationship with the patient and family on which to base discussions, a pervasive feeling of mistrust that the talk is just a vehicle to document NFR [not for resuscitation] in the notes.’’” (Trankel et al., 2020, s. 161)

Att vilja klara sig själv och behålla sin autonomi

Det beskrevs en stor rädsla och skam över att vara beroende av andra samt att bli eller vara en börda för familjen och vårdgivarna på grund av ökat vårdbehov. Detta kunde handla om att vården man fick var tidskrävande och att man skapade känslomässigt lidande och ekonomisk press för andra (Ohnsorge et al., 2019; Whitehead et al., 2023). En del patienter upplevde även svårigheter med att hantera sitt nuvarande tillstånd och tanken på att förlora självständigheten var deras största rädsla. För en del kunde det handla om att de fruktade framtida försämrade hälsotillstånd som total förlamning och att vara beroende av andningsstöd (Ohnsorge et al., 2019; Whitehead et al., 2023). Det framkom att patienter uppskattade stöd men oroade sig för att vara en börda för omgivningen. En del valde istället att vara ensamma i processen och föredrog därför palliativ vård för att undvika denna känsla. Patienter kände sig även maktlösa då de inte kunde påverka övergången fullt ut. Detta kunde handla om att de inte fick rummet som de hade blivit lovade samt oro och osäkerhet om mediciner och relevant information hade överförts mellan vårdinrättningar (Whitehead et al., 2023).

“One of the most recurrent themes in a WTD of frail elderly people (and other patient groups)

was shame about being dependent on others, and the fear of being a burden in a physical, psychological or financial way, as this woman who worried about being a burden to her children said: "I've constantly thought, now, ever since I wasn't so well any more: Oh if only I could just die. Even if only because of the costs."" (Ohnsorge et al., 2019, s. 14)

Att få möjlighet till öppen kommunikation och emotionellt stöd

En faktor som underlättade övergången var när patienterna fick känslomässigt och psykologiskt stöd eftersom de uttryckte att det var viktigt att ha någon som lyssnade och bekräftande deras känslor (Gonella et al., 2021; Mayland et al., 2020; Whitehead et al., 2023). Det framkom även att anhöriga och vårdgivare hade stor påverkan på övergången till palliativ vård eftersom de bidrog med trygghet och självförtroende till patienten **(**Whitehead et al., 2023). Anhörigas delaktighet sågs fördelaktigt i samtal kring palliativ vård eftersom det möjliggjorde en gemensam diskussion och förståelse kring att bli palliativ **(**Mayland et al., 2020; Whitehead et al., 2023). Det visades även att stöd från personer som varit med om liknande situationer var en faktor som underlättade övergången (Mayland et al., 2020; Ohnsorge et al., 2019). Det framkom att kvaliteten på stödet var avgörande för att patienten skulle få bättre förståelse över sin situation och bli mer mottaglig (Ohnsorge et al., 2019).

Bland patienterna förekom även rädsla för palliativ vård som ofta var grundad i att bli övergiven av familj och vänner, vilket orsakade tveksamheter att ta emot tjänsterna som erbjöds (Mayland et al., 2020; Ohnsorge et al., 2019). Något annat som kunde skapa hinder för samtal om livets slut var uppfattningen om att palliativ vård förknippades med döden (Toteh Osakwe et al., 2023; Whitehead et al., 2023). Patientens mottaglighet påverkades av nedsatt kunskap kring sjukdom, prognos och tidigare behandlingar (Hasegawa et al., 2022; Mayland et al., 2020; Whitehead et al., 2023). När patienten hade bristande kunskap fanns risken att patienten trodde att sjukvården övergav dem (Calvel et al., 2019).

En stödjande faktor var när sjuksköterskan introducerade fördelarna med palliativ vård (Hasegawa et al., 2022; Toteh Osakwe et al., 2023). Det kunde göras genom att försiktigt introducera ämnet utan att nämna död, fokusera på extra stöd och smärtlindring, informera om prognos och önskemål, samt betona att inte alla palliativa patienter omedelbart dog (Dillon et al., 2020; Toteh Osakwe et al., 2023). Forskning visade att ju bättre kommunikationen var, desto högre upplevdes vårdens kvalitet. En framgångsrik kommunikation handlade om att använda enkla begrepp, vara öppen i samtalet för att säkerställa förståelse hos patienten och samtidigt ta hänsyn till sociala och känslomässiga aspekter av att dö (Durieux et al., 2022).

"*When caregivers felt clinicians communicated clearly and demonstrated effort around ensuring understanding, they identified clinician communication as a facilitator of informed decision-making and quality care."* (Durieux et al., 2022, s. 745)

En annan faktor som underlättade övergången var när vårdpersonal gav stöd genom att påminna patienten om att de hade överlevt längre än förväntat, trots aggressiv sjukdom. Detta stöd bidrog till känslan av omhändertagande och hopp, vilket är viktigt vid svåra besked (Durieux et al., 2022; Kirby et al., 2020). Det visade sig även att när patienter, vårdpersonal och anhöriga ansträngt sig i kommunikationen och beslutet grundades på gemensam förståelse, underlättade detta övergången. Denna gemensamma förståelse skapade lättnad över att vara överens om att behandlingen inte längre gynnade patienten, och fokus kunde skifta till palliativ vård för att ge ro (Calvel et al., 2019; Norton et al., 2019; Rodenbach et al., 2019).

En del patienter valde bort palliativ vård eftersom de blev för överväldigade, vilket försvårade intag av information (Dillon et al., 2020). Trots att patienten var känslosam var det viktigt att involvera denne i samtal om palliativ vård för att lyfta fram deras önskemål kring övergången (Lind et al., 2022). Vid dessa tillfällen kunde övergången underlättas om både patienter och anhöriga fick med sig skriftlig information så att de i egen takt kunde bearbeta informationen, för att sedan återkomma och fortsätta diskussionen (Trankle et al., 2020; Whitehead et al., 2023).

"what would be extremely helpful is not only sit down and talk to the families when they're transitioning into palliative... but you give them something to take with them. So that in a moment of calm they can read and know that some things [referring to loved ones symptoms and behaviour] are normal." (Whitehead et al., 2023, s. 581)

Betydelsen av vårdrelationer

Interpersonella interaktioner mellan vårdteam och patienter gav förståelse kring vården, och tidigt utvecklade och starka relationer ansågs vara en fördel för övergången eftersom dessa gjorde vården mer kvalitativ och meningsfull (Durieux et al., 2022; Trankle et al., 2020). Att utse en patientansvarig läkare ansågs fördelaktigt eftersom denne ansågs bäst utrustad till att initiera samtalet på grund av en lång vårdrelation med patienten. En del patienter uttryckte även att de hade en förtroendefull relation med primärvårdsläkaren (Tietbohl et al., 2023). Det visade sig även att tydlig kommunikation med familjevårdare och etablering av goda relationer skapade möjligheter för initiering av palliativ vård (Gonella et al., 2021). Patienterna ansåg att både anhöriga och vårdpersonal spelade en central roll i agerandet som beslutsfattare och advokat för patienter, vilket skapade en trygg övergång (Whitehead et al., 2023).

Dåliga relationer mellan vårdpersonal, familjevårdare och vårdteam kunde leda till sjukhusvård vid försämrat tillstånd. Bristande besök från anhöriga orsakade fortsatt kurativ vård och hindrade kommunikationen (Gonella et al., 2021). Ett ytterligare hinder för övergången var bristande kontinuitet mellan vårdgivare och patienter, vilket ledde till brist på bekanta ansikten och känslan av övergivenhet. Patienter upplevde också sorg över att byta vårdteam, eftersom de då förlorade långvariga och meningsfulla relationer (Durieux et al., 2022; Whitehead et al., 2023).

"They believed that positive and stable relationships between patients and care providers led to the receipt of more attentive care." (Durieux et al., 2022, s. 747)

Anhörigas inflytande

En faktor som hindrade övergången var när familjemedlemmar var envisa och inte ville släppa taget om tillfrisknandet av patienten (Kirby et al., 2020). I en del fall framkom det press från familjen att fortsätta behandling, och ibland ville de ha mer behandling än vad patienten själv önskade, trots patientens ålder och sjukdom (Lind et al., 2022; Trankle et al., 2020). En del patienter var omedvetna om sin palliativa situation och att de endast hade veckor kvar av livet, eftersom närstående ville undvika att patienten skulle bli ledsen (Gonella et al., 2021; Mayland et al., 2020). Det framkom även att vårdgivare ansåg att det var svårt att vårda någon som inte visste om sin palliativa situation, vilket försvårade övergången (Calvel et al., 2019).

"Yeah, it can probably be a bit difficult sometimes, sometimes family members want, they are very eager for you to ... of course do everything sort of. Despite age, despite illness." (Lind et al., 2022, s. 823)

Ett multiprofessionellt samarbete

Beslut om palliativ vård ansågs vara en komplex process som innebar hårt arbete och tid, samordning mellan och i teamen samt förmågan att kunna släppa taget om patienten (Calvel et al., 2019). En omständighet som ansågs vara viktig vid övergången var skapandet av vårdstöd med avancerad vårdplanering för patienterna (Ohnsorge et al., 2019). För att uppnå detta var ett bra samarbete där allas ansvarsområden var tydligt definierade, avgörande. Genom att varje profession fångade olika perspektiv över patientens situation, kunde palliativa vårdbehov bättre identifieras (Tietbohl et al., 2023).

För att underlätta samtal kring palliativ vård och undvika oklarheter var det viktigt med en enhetlig kommunikation i teamet, där alla gav ut samma information till patienten (Tietbohl et al., 2023; Trankle et al., 2020). Det framkom även att effektiva samtal om livets slut ansågs vara bäst om de var grundade på ett gemensamt beslut från vårdteamet, men främst primärvården

(Trankle et al., 2020). För att upprätthålla en god kommunikation i teamet ansågs det vara viktigt att införa en vårdkoordinator vars syfte var att förbättra kommunikationen och skapa ett tryggt system, där vårdgivare kände sig bekväma med att informera om de upptäckte problem hos patienten (Tietbohl et al., 2023).

Bristande kommunikation inom vårdteamet kunde utgöra ett hinder för övergång till palliativ vård. Utan strukturerad samordning försvårades identifiering av patienters och anhörigas behov, vilket resulterade i försenad palliativ vård och att patientens önskemål negligerades (Durieux et al., 2022; Gonella et al., 2021; Tietbohl et al., 2023). Det framkom även att samarbetet blev komplicerat om teamet upplevde svårigheter att uppnå en gemensam förståelse kring vårdmål, prognos och behandling (Lind et al., 2022; Norton et al., 2019; Trankle et al., 2020). Det kunde handla om att onkologer gav hopp om bot medan akutläkare förespråkade förväntad död med patienter och anhöriga (Rodenbach et al., 2019; Trankle et al., 2020).

> *"Participants reported that inpatient providers (inclusive of physicians, advanced practice providers, nurses and others) could identify repeated hospitalizations, escalations in disease progression or limited prognosis, or new symptoms during the hospitalization, while PCPs could draw on their knowledge of the patient's medical history to identify palliative care needs."*
> (Tietbohl et al., 2023, s. 1373)

Tidiga samtal kring palliativ vård

En faktor som kunde underlätta övergången var om vårdpersonalen hade en positiv inställning till tidig introduktion av palliativ vård. Vid tidig introduktion fick patienterna så mycket tid som möjligt till att bearbeta situationen, vilket ökade chanserna för acceptans och underlättade transitionen när ämnet var aktuellt igen (Dillon et al., 2020; Hasegawa et al., 2022; Ohnsorge et al., 2019; Trankle et al., 2020). Det var även viktigt att läkaren från början vid obotlig sjukdom var tydlig med att behandlingen endast skulle ge tid och inte bota, för att undvika falskt hopp (Norton et al., 2019). Samtal kring palliativ vård sågs som en pågående dialog och inte som något som skedde vid ett enda tillfälle (Mayland et al., 2020; Trankle et al. 2020).

Något som försvårade övergången var när läkare undvek att ta upp palliativ vård, eftersom det ansågs ta hoppet ifrån patienterna. En del läkare visste även om patientens dåliga tillstånd, men fokuserade istället på symtomhantering och bad endast om hjälp från palliativ konsult för att behandla patientens komplexitet (Dillon et al., 2020; Norton et al., 2019). Det visade sig dock att patienterna önskade en öppen diskussion med läkaren om prognos och olika vårdalternativ (Ohnsorge et al., 2019). Detta innebar att läkarna behövde vara ärliga om prognosen både för sig

själv, patienten och anhöriga för att underlätta kommunikationen (Toteh Osakwe et al., 2023). En ytterligare faktor var att läkarna uppfattades otillgängliga eftersom de inte tog tiden att förklara så att patienten fick förståelse över sin situation (Durieux et al., 2022; Lind et al., 2022; Toteh Osakwe et al., 2023). Omvårdnadspersonalen kunde även uppleva läkarna ointresserade av planering av patientens vård, vilket resulterade i oklarheter kring patientens omhändertagande (Norton et al., 2019).

Läkarnas rädsla för att ge dåliga nyheter resulterade även i försenade remisser till palliativ vård (Hasegawa et al., 2022). Olika vårdteam ansåg att sena remisser till palliativ vård skapade kaotiska och stressande övergångar, då de ofta skedde nära döden, eller inte alls (Dillon et al., 2020; Norton et al., 2019; Whitehead et al., 2023). Samtalen kring palliativ vård kunde också skjutas upp eftersom både patienten och läkaren bar på en börda kring ämnet och försökte minska stressen de upplevde. Det framkom även att patienterna inte ville ta upp ämnet eftersom de inte ansåg det vara rätt tid, utan ville istället ta itu med det vid ett senare tillfälle (Hasegawa et al. 2022; Kirby et al., 2020).

"When I introduce it [earlier in journey], I would say about half the time people are interested. They may not want it right away. They often will say, 'Let me think about it.' And then when they start having a little more trouble, then I'll say, 'Remember we talked about palliative care earlier; I wonder if now would be a time to bring them in?' And then they might be open to it."
(Dillon et al., 2020, s. 673)

Graden av kunskap hos vårdgivare

En faktor som försvårade övergången var när anhörigvårdgivare och närstående upplevde bristande information om prognos och hur kritisk situationen verkligen var, vilket orsakade osäkerhet kring när patienten skulle dö (Durieux et al., 2022; Mayland et al., 2020; Whitehead et al., 2023). Övergången underlättades om personal och familjevårdare hade kunskap och erfarenhet av palliativ vård, eftersom detta bidrog med trygghet och självförtroende till patienten inför övergången (Gonella et al., 2021; Whitehead et al., 2023). En annan faktor som hindrade övergången var att en del läkare saknade attributen medkänsla vid besked om palliativ vård. De upplevdes leverera beskedet hårt och tolkades som att de hade gett upp eller att behandlingsalternativen var slut, vilket tog hårt på patienten (Durieux et al., 2022; Kirby et al., 2020).

Något som försvårade övergången var när vårdgivare upplevde sig oförberedda eller ovilliga att vårda eller inleda samtal om palliativ vård och döden, eftersom de saknade kunskap och utbildning (Calvel et al., 2019; Gonella et al., 2021; Lind et al., 2022; Osakwe et al., 2023).

Vårdpersonalen upplevde även svårigheter att prata om både pågående behandling och livets slutfrågor (Kirby et al. 2020). Bristande kunskap kunde även påverka vårdgivarnas medvetenhet om den dåliga prognosen, vilket kunde leda till kurativa behandlingar som exempelvis intravenös vätskebehandling (Gonella et al., 2021). På grund av bristande kunskap och erfarenhet upplevde läkare och övrig vårdpersonal svårigheter att definiera en palliativ situation, men även när och hur den ska initieras. Detta kunde leda till att patienter remitterades för sent (Calvel et al., 2019; Dillon et al., 2020; Lind et al., 2022). En ytterligare anledning till att vårdpersonal kände osäkerhet när övergången skulle ske var för att det ständigt kommer ny forskning på olika behandlingar där en patient kan överleva flera år (Dillon et al., 2020).

> *"In conventional departments, each caregiver highlights difficulties in managing end-of-life care. Those teams have no training in palliative care and do not participate much in multidisciplinary meetings."* (Calvel et al., 2019, s. 213)

Ett botande tankesätt

Något som försvårade övergången var att vårdpersonal upplevdes tveksamma till initiering av palliativ vård eftersom de hade ett botande tänk. Detta sågs genom att kurativ vård ofta pågick för länge, ibland ända till döden, då vårdpersonal upplevde svårigheter att avbryta den (Gonella et al., 2021; Lind et al., 2022). Detta resulterade i sena samtal om livets slut där familjerna redan hunnit förstå det kritiska läget samt att patienten även fick vänta onödigt länge på symtomlindring (Lind et al., 2022). Vårdpersonal hade även svårt att ge upp hoppet om patienten eftersom tankesättet var att rädda patienter och inte låta dem dö (Dillon et al., 2020; Toteh Osakwe et al., 2023; Trankle et al., 2020). Det visade sig att palliativ vård sågs som att ge upp på patienten och att möjligheten till bot inte längre fanns (Lind et al., 2022; Trankle et al., 2020). Det framkom även att vårdpersonal upplevde döden som "tabu" och ett medicinskt misslyckande som man ville undvika (Trankle et al., 2020).

Det var även vanligt med behandling tills patienten blev för sjuk, vilket resulterade i en hastig övergång, vanligtvis dagar före döden (Norton et al., 2019). På grund av ett botande tankesätt var det lätt att man gick emot patientens önskan att dö och fortsatte undersöka för att hitta ett bot (Gonella et al., 2021; Trankle et al., 2020). Den botande kulturen kunde även leda till att patienter inte sågs som människor utan som ett objekt som ska lagas, vilket gjorde att personen lätt blev avhumaniserad (Durieux et al., 2022; Trankle et al., 2020). Det diskuterades heller aldrig med patienterna om i vilket stadium de ville avsluta behandling och istället njuta av den tid som återstod i livet (Norton et al., 2019; Trankle et al., 2020).

"If you want to pass away please don't come to the hospital most doctors will not let patients simply pass away even if it is the patient's wish and they have an advance care directive".
(Trankle et al., 2020, s. 160)

Tabell 4 - *Matris över artiklar som bidrar med data till varje faktor*

Artiklar	Att få behålla behandling	Graden av kunskap hos vårdgivare	Ett botande tankesätt	Tidiga samtal kring palliativ vård	Patientens förutsättningar och vårdens resurser	Att acceptera prognosen	Ett multiprofe-ssionellt samarbete	Att vilja klara sig själv och behålla sin autonomi	Betydelsen av vårdrelatio-ner	Anhörigas inflytande	Att få möjlighet till öppen kommunikation och emotionellt stöd
Toteh Osakwe et al. (2023)	X	X		X							X
Hasegawa et al. (2021)				X	X	X					X
Calvel et al. (2019)		X	X	X	X	X	X			X	X
Dillon et al. (2020)		X	X	X	X	X					X
Tietbohl et al. (2023)					X		X		X		
Whitehead et al. (2023)				X		X		X	X		X
Duriex et al. (2022)		X	X		X	X	X	X	X		X
Ohnsorge et al. (2019)				X		X	X	X			X
Mayland et al. (2020)		X		X						X	X
Lind et al. (2022)		X	X	X	X		X			X	X
Norton et al. (2019)			X	X		X	X				X
Trankle et al. (2020)	X		X	X	X	X	X		X	X	X
Kirby et al. (2020)				X		X				X	X
Rodenbach et al. (2019)						X	X				X
Gonella et al. (2021)		X	X			X	X		X	X	X

Diskussion

Syftet med denna integrativa studie var att ta reda på vilka faktorer som påverkade övergången från kurativ vård till palliativ vård. I resultatet av denna studie framkom 11 faktorer som påverkade övergången, dessa var: att få behålla behandling, att acceptera prognosen, patientens förutsättningar och vårdens resurser, att vilja klara sig själv och behålla sin autonomi, att få öppen kommunikation och emotionellt stöd, betydelsen av vårdrelationer, anhörigas inflytande, ett multiprofessionellt samarbete, tidiga samtal kring palliativ vård, graden av kunskap hos vårdgivare samt ett botande tankesätt. I resultatdiskussionen har författarna valt att fördjupa sig i faktorerna: anhörigas inflytande, att få möjlighet till öppen kommunikation och emotionellt stöd, tidiga samtal kring palliativ vård, att acceptera prognosen och ett botande tankesätt.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att en del patienter var omedvetna om sin palliativa situation eftersom anhöriga ville undvika att patienten skulle bli ledsen. För att genomgå en övergång måste personen vara medveten om de förändringar som pågår, men om denna medvetenhet saknas är det viktigt att skapa förståelse innan man kan underlätta en övergång till palliativ vård. Transition är viktigt eftersom den påverkar patientens hanteringsstrategi i situationen och vilka åtgärder som behöver vidtas (Chick och Meleis, 2010). Det är viktigt att ha i åtanke att övergången är en process där målet är att stödja patientens sårbarhet gällande situationen och insatserna bör riktas mot att stärka patienten och förutspå risker i situationen som kan påverka övergången. Detta resulterar i att patienten blir mer medveten om sin situation och underlättar planering av interventioner som ska underlätta för patienten. En avslutad övergång till palliativ vård kan bidra till att patienter och anhöriga nått en större stabilitet mot hur det var innan (Chick & Meleis, 2010). Det är av stor betydelse att denna övergång blir bra för patienten och dennes anhöriga eftersom den orsakar osäkerhet och rädsla, speciellt över att förlora saker i omgivningen. Patienter upplever även att de har ett stort behov av kunskap för att förstå vad som väntar, vilket kan bero på att patienter inte känner sig trygga i övergången från kurativ till palliativ vård (Gardiner et al., 2015).

Resultatet visade att känslomässigt och psykologiskt stöd från omgivningen underlättade övergången till palliativ vård, då andras delaktighet och erfarenheter bidrog med trygghet och ökat självförtroende för patienten. Även introduktion av fördelarna med palliativ vård var av vikt för att öka förståelsen och mottagligheten, eftersom många patienter hade begränsad kunskap

och förutfattade meningar om ämnet. Om patienten får möjlighet till emotionellt och positivt stöd samt hanteringsstrategier, förbättras patientens livskvalitet, medan bristande strategier kan leda till sämre kvalitet och resultera i känslor som ångest och depression (Greer et al., 2020). I resultatet framkom det att en del patienter var känslosamma kring sin situation och hade svårt att kommunicera om palliativ vård. För att stödja dessa patienter kan en modell av personcentrerad kommunikation hjälpa dem att hantera känslomässiga situationer. Kommunikationen utgår från att sjuksköterskan ställer specifika frågor i syfte att öka patientens förmåga att hantera och göra informerade val kring vård och hälsa. Sjuksköterskan lyssnar aktivt på patientens bekymmer utan att avbryta och ställer direkta frågor om patientens känslor samt bekräftar dessa. Sedan stärker sjuksköterskan patientens förmåga att identifiera de egna resurserna och hanteringsstrategierna. Detta sätt att kommunicera skapar lugn hos patienten och bidrar till känslan av egenmakt (Griffiths, 2017). Hanteringsstrategier är inte endast för att stärka resiliens, anpassning och välbefinnande utan även för att få förståelse över prognos och acceptera den terminala diagnosen (Greer et al., 2020).

I resultatet framkom att en tidig introduktion till palliativ vård kunde hjälpa patienterna att förbereda sig, vilket kunde underlätta acceptans av prognos och göra transitionen enklare. Om sjukvårdspersonal däremot väntar för länge med att ta upp samtal kring palliativ vård, desto mer ökar risken för att patienten inte kan delta i diskussionen och bestämma över den egna vården. Sena samtal kan även leda till att patienter inte kan uttrycka sina känslor av oro och rädsla angående döden, därför är det viktigt att sjuksköterskan tidigt tar kontakt med en palliativ konsult (Sabo & Johnston, 2016). Samtidigt visade resultatet att patienter valde att skjuta upp samtal kring palliativ vård eftersom de försökte minska stressen och ansåg att de ville ta itu med problemet senare. Däremot fanns det en del patienter som hade accepterat sin död och såg döden som något önskvärt för att lindra sitt lidande. Lidande kan upplevas på olika sätt beroende på personens karaktär, livshistoria och värderingar. Därför är det viktigt att ha i åtanke att lidande inte endast består av de fysiska symtomen, utan om man ska förstå varför någon lider är det viktigt att utgå från vad dessa symtom innebär för den individuella personens liv och situation (Hartogh, 2017). Ett tillvägagångssätt som kan underlätta samtal om livets slut för både sjukvårdspersonal och patienter går ut på att tidigt i behandlingsförloppet introducera palliativ vård och sedan ge patienten möjlighet att fundera över eventuella frågor som kan tas upp vid nästa besök. Vårdgivaren bör förstå hur patienten upplever känsliga samtal för att anpassa dessa efter patientens behov och inställning. Vårdgivaren ska tydliggöra vad palliativ vård är och kontinuerligt kontrollera patientens förståelse över behandlingssyftet. Patienten bör även uppmuntras till uppföljande samtal tillsammans med närstående. Denna typ av samtal kan delas

upp och genomföras flera gånger genom vårdförloppet, beroende på patientens behov (Pini et al., 2022).

I resultatet framkom det att ett botande tankesätt kunde försena övergången till palliativ vård eftersom sjukvårdspersonalen hade svårt att ge upp på bot av patienterna. Patienternas vilja föll bort och fokuset blev att försöka bota patienten istället för att låta patienten tillvarata den sista tiden i livet. I vårt resultat framkom det även att vårdpersonal såg döden som ett medicinskt misslyckande. Detta kan eventuellt hänga samman med att det alltid har funnits ett fokus på att bota och att försöka återställa patienten till ett tillstånd av perfekt hälsa, vilket ökar kraven på sjukvården. Det botande tankesättet leder till att patientens känslor och emotioner negligeras, vilket kan bero på klyftan som separerat omsorg och bot (Kottow, 2009). I vårt resultat framkom det att den botande kulturen även kunde leda till att patienter sågs som ett objekt som skulle lagas, vilket ledde till avhumanisering. Detta kan orsaka att en del patienter upplever sig mer hotade av botande behandling än själva sjukdomen i sig, och kan bidra till rädsla för en försenad övergång till palliativ vård. Den botande kulturen lämnar många löften efter sig och ignorerar kroniskt sjukas välbefinnande, vilket leder till att deras behov blir ouppfyllda (Kottow, 2009). Ett alternativt tankesätt är att ändra fokus från att "göra för" till att "vara med", vilket innebär en ändring från att enbart behandla människans sjukdom till att behandla människan som en helhet. Detta tankesätt bidrar till att man bättre kan stötta patienten med sjukdomsrelaterad sorg och hjälpa till med en mer effektiv sorgbearbetning (Milstein, 2005).

Tidigare var det vanligt att patienten sågs som en passiv mottagare av vård eftersom sjukvården ansågs vara experter som fattade beslut i patientens bästa intresse. I själva verket handlar patientens önskan sällan om att ta över den egna vården genom att diagnostisera och problemlösa, utan de vill istället bli informerade och vara delaktiga i själva beslutsprocessen (Baumann, 2002). Det framkommer att patienter vill ha konversationer om vårdplaner och omvårdnadsbehov och att dessa ska ske över tid med ett empatisk, humanistisk och stödjande förhållningssätt (Sabo & Johnston, 2016). Genom att låta patienten vara delaktig i vården kan den läkande upplevelsen förbättras och samarbetet mellan patienter, närstående och vårdpersonal främjas. Det är viktigt att låta patienten få vara med och bestämma hur de vill ha vård eftersom en del är mer fokuserade på att bota medan andra är mer inne på omvårdnadsåtgärder. Därför är det bra att sjukvårdspersonal har en balans mellan tankesätten "att göra för" och "göra med", eftersom dessa måste kombineras för att kunna ge en god personcentrerad vård (Milstein, 2005).

Metoddiskussion

Indikationer på att en vetenskaplig studie är av god kvalitet är att den stödjer sig på begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet, där trovärdighet innebär att resultatet är rimligt och giltigt (Mårtensson & Frilund, 2017, s. 431). Trovärdigheten i denna studie har eventuellt påverkats av att kategoriseringen utförts utan att en tredje part validerat kategorierna, vilket ökar risken för förekomst av tolkningar och vinkling av resultatet. På grund av dessa svårigheter har kategoriseringsprocessen fortsatt genom hela arbetet. Det som även kan ha påverkat trovärdigheten var att författarna var ovana med denna typ av metod samt att de inte tidigare skrivit en kandidatuppsats. Arbetets process har dock diskuterats med handledaren och studenter under opponeringar där författarna fått feedback och perspektiv på arbetet. Något ytterligare som kan ha påverkat trovärdigheten och validiteten är att författarna har ovana med granskning av vetenskapliga artiklar, vilket kan resultera i en felaktig bedömning av artiklarnas kvalitet. Detta kan innebära att en del artiklar eventuellt har fler brister än författarna förstått och för att försöka förebygga detta har författarna tillsammans granskat artiklarnas kvalitet. Författarna var även ovana vid att läsa engelska vetenskapliga artiklar, vilket ibland kunde påverka förståelsen. För att förebygga misstolkningar har översättning av innehåll i artiklar gjorts.

Pålitlighet innebär att författarna beskrivit sin förförståelse och hur tidigare erfarenheter påverkat arbetet (Mårtensson & Fridlund, 2017, s. 432). Pålitligheten kan påverkas av att en av författarna arbetat på en palliativ avdelning som undersköterska, men trots detta har författarna försökt vara neutrala. Pålitligheten kan även påverkas av förekomsten av begränsningar i arbetets gång, exempelvis antal ord. Detta orsakade att författarna var tvungna att korta ned resultatet utan att förlora innehåll, vilket kan öka risken för vinkling av resultat. Författarna hade ovana att läsa kvantitativa artiklar vilket kan ha riskerat bortfall av relevant information vid inkludering av artiklar. Författarna hade även en begränsad tid att genomföra arbetet och kunde därför inte utgå från en större mängd artiklar, vilket kan resultera i att relevant information fallit bort.

Bekräftelsebarhet handlar om att författarna noggrant verifierar ställningstagandena under forskningsprocessen så att data inte vinklas (Mårtensson & Fridlund, 2017, s. 432). För att säkerställa bekräftelsebarhet har författarna dokumenterat tillvägagångssättet i metoddelen och redovisat sökningen i tabellformat samt även skapat en matris för att redovisa att de valda artiklarna stödjer resultatet. För att studien ska bevara kvaliteten har det använts en metodartikel som stöd samt en handledare som hjälpt med upplägget av studien.

Slutsatser

Att gå från kurativ till palliativ vård kan vara känslosamt och patienter reagerar olika på denna övergång. För att transitionen ska upplevas smidig, är det viktigt att patienten är medveten om samt accepterar sin situation. Det är även viktigt att omgivningen stöttar patientens beslut och inte undanhåller information. Dessutom måste sjukvårdspersonalen vara överens i vårdteamet om patientens situation för att undvika missförstånd och en försenad övergång. Något som skilde sig från övriga faktorer var det botande tankesättet, eftersom patientens önskemål och övergång kunde påverkas av sjukvårdspersonalens vilja till bot och att det upplevdes svårt att släppa taget om patienten.

Detta resultat är av betydelse för sjukvården eftersom det lyfter ett flertal faktorer som påverkar vården för patienter som genomgår en transition. Dessa faktorer påverkar även sjuksköterskans arbete eftersom de belyser vikten av att vara medveten om det egna förhållningssättet och hur man kan stötta patienterna vid övergången till ett palliativt skede.

Det bör bedrivas ytterligare forskning om detta ämne eftersom en del faktorer hade mindre forskningsunderlag medan andra hade betydligt mer. Ämnet bör även studeras utifrån specifika grupper, som exempelvis barnfamiljer eller personer med obotlig cancer, för att se om behoven skiljer åt eller om det är andra faktorer som spelar in för den specifika gruppen.

Författarnas bidrag

Denna studie har genomförts gemensamt av Fanny Lindbäck och Elisa Pekkarinen. Ingen del av detta arbete har genomförts individuellt, utan alla delar har diskuterats och bearbetats i samråd med varandra.

AI har använts i detta arbete. ChatGPT användes för att granska språket, översätta text, få förslag på sökord och söksträngar samt till hjälp med strukturering av språket i delar av brödtexten. Analysen och de slutsatser som dragits är helt egna och har inte påverkats av AI.

Referenser

Referenser markerade med * ingår i resultatdelen.

Baumann, A., Deber, R., Silverman, B., & Mallette, C. (2002). Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing, 28*(5), 1040-1045. https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1046/j.1365-2648.1998.00809.x

Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 265–273). Studentlitteratur.

*Calvel, L., Blondet, L., Chedotal, I., Grosshans, D., Lefebvre, F., Mounier,. G., Mangin, E., & Kopferschmitt, M. (2019). Difficulties in providing palliative care in identified palliative care beds: An exploratory survey. *La Presse Médicale, 48*(7-8), 209-215. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.10.020

Chick, N., & Meleis, A.I. (2010). Transitions: A nursing concern. I A.I. Meleis (Red.). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (s. 237-257). New York: Springer

*Dillon, E., Meehan, A., Li, J., Liang, S-Y., Lai, S., Colocci, N., Roth, J., Szwerinski, N., & Luft, H. (2020). How, when, and why individuals with stage IV cancer seen in an outpatient setting are referred to palliative care: a mixed methods study. *Supportive Care in Cancer, 29,* 669-678. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05492-z

*Durieux, B., Berrier, A., Catzen, H., Gray, T., Lakin, J., Cunningham, R., Morris, S., Tulsky, J., & Sanders J. (2022). “I think that she would have wanted. . .”: Qualitative interviews with bereaved caregivers reveal complexity in measuring goal-concordant care at the end of life. *Palliative Medicine, 36*(4), 742–740. 10.1177/02692163221078472

Gardiner, C., Ingleton, C., Gott, M., & Ryan, T. (2015). Exploring the transition from curative care to palliative care: a systematic review of the literature. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *5*(4). 335-342. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2010-000001rep

*Gonella, S., Basso, I., Clari, M., Dimonte, V., & Di Giulio, P. (2021). A qualitative study of nurses’ perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 35*(2), 502-511. https://doi.org/10.1111/scs.12862

Greer, J., Applebaum, A., Jacobsen, J., Temel, J., & Jackson, V. (2020). Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical oncology, 38*(9). https://doi.org/10.1200/JCO.19.00013

Griffiths, J. (2017). Person-centred communication for emotional support in district nursing: SAGE and THYME model. *British Journal of Community Nursing, 22*(12), 593-597. 10.12968/bjcn.2017.22.12.593

Hartogh, G. (2017). Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy, 20*, 413-424. https://doi.org/10.1007/s11019-017-9764-3

Haun, M., Estel, S., Rücker, G., Frederich, H-C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Library, 6*(6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2

*Hasegawa, T., Yamagishi, A., Sugishita, A., Akechi, T., Yosuke Kubota & Shimoyama, S. (2022). Integrating home palliative care in oncology: a qualitative study to identify barriers and facilitators. *Supportive Care in Cancer, 30*, 5211-5219. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06950-6

Hawley, P. (2017). Barriers to Access to Palliative Care. *Palliative care: Research and Treatment*. https://doi.org/10.1177/1178224216688887

Karlsson, E. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 81–97). Studentlitteratur.

Kesonen, P., Salminen, L., Haavisto, E., Kero, J., & Aappola, J. (2022). An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 89*(3). 1047-1073. https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/00302228221085468

*Kirby, E., Broom, A., MacArtney, J., Lewis, S., & Good, P. (2021). Hopeful dying? The meanings and practice of hope in palliative care family meetings. *Social Science & Medicine, 291*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114471

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 57–80) Studentlitteratur.

Kottow, M. (2009). Between caring and curing. *Nursing Philosophy, 2*(1), 53-61.

https://doi.org/10.1046/j.1466-769x.2001.00031.x

Krikorian, A., Limonero, J., & Maté, J. (2011). Suffering and distress at the end-of-life. *Psycho-Oncology*, *21*(8). 799-808. https://doi.org/10.1002/pon.2087

*Lind, S., Bengtsson, A., Alvariza, A., & Klarare, A. (2022). Registered nurses' experiences of caring for patients in hospitals transitioning from curative to palliative care: A qualitative study. *Nursing & health sciences*, *24*(4), 820–827. 10.1111/nhs.12982

*Mayland, C., Doughty, H., Rogers, S., Gola, A., Mason, S., Hubbert, C., Macreavy, D., & Jack, B. (2020). A Qualitative Study Exploring Patient, Family Carer and Healthcare Professionals' Direct Experiences and Barriers to Providing and Integrating Palliative Care for Advanced Head and Neck Cancer. *Journal of Palliative Care*, *36*(2), 121-129. https://doi.org/10.1177/0825859720957817

Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9

Milstein, J. (2005). A Paradigm of Integrative Care: Healing with Curing Throughout Life, "Being with" and "Doing to". *Journal of perinatology*, *25*, 563-568. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211358

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 421–436). Studentlitteratur.

Nationella rådet för palliativ vård. (u.å). Ordlista. https://tinyurl.com/w6s342vj

*Norton, S. A., Wittink, M. N., Duberstein, P. R., Prigerson, H. G., Stanek, S., & Epstein, R. M. (2019). Family caregiver descriptions of stopping chemotherapy and end-of-life transitions. *Supportive Care in Cancer*, *27*. 669-675. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4365-0

*Ohnsorge, K., Rehmann-Sutter, C., Streeck, N., & Gudat, H. (2019). Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study. *PLoS ONE*, *14*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210784

Okyere, J., & Kissah-Korsah, K. (2023). Benefits of integrating palliative care: a qualitative exploration of the perspectives of palliative care providers in a tertiary health facility in Ghana.

Palliative Care & Social Practice, 17. https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/26323524231163199

Palliativt kunskapscentrum - Region Stockholm. (u.å.). *Vad är palliativ vård?*. https://www.pkc.regionstockholm.se/palliativ-vard/

Pini, S., Bekker, H.L., Bennett, M., & Ziegler, L. (2022). A Structured Intervention to Support Early Palliative Care Conversations for Oncology Patients - A Qualitative Feasibility Study. *Clinical oncology, 35*, 515-522. https://doi.org/10.1016/j.clon.2022.05.012

Rafiee, S., Azizi-Fini, I., Banihashemi, S., & Yadollahi, S. (2024). Knowledge and attitude towards palliative care and associated factors among nurse: a cross-sectional descriptive study. *BMC Nursing, 23*(947). https://doi.org/10.1186/s12912-024-02598-1

*Rodenbach, R., Norton, S., Wittink, M., Mohile, S., Prigerson, H., Duberstein, P., & Epstein, R. (2019). When chemotherapy fails: Emotionally charged experiences faced by family caregivers of patients with advanced cancer. *Patient Education and Counseling, 102*(5), 909-915. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.014

Sabo, B., & Johnston, G. (2016). Understanding the challenges to improve transition to palliative care: An issue for the primary malignant brain tumour population. *Canadian journal of neuroscience nursing, 38*(1), 48–55. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27468601/

Staten beredning för medicinsk och social utvärdering. 12 november 2024. *Bedömning av studier med kvalitativ metodik.* https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Staten beredning för medicinsk och social utvärdering. 12 november 2024. *Bedömning av exponerings studier*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning-av-exponeringsstudier.pdf

Sonsone, H., Ekberg, S., Lord, S., Stevenson, J., Martinez Staff, K., & Yates, P. (2023). Managing understandings of palliative care as more than care immediately before death: Evidence from observational analysis of consultations. *Health Exprections, 27*(1). https://doi.org/10.1111/hex.13903

*Tietbohl, C., Dafoe, A., Jordan, S., Huebschmann, A., Lum, H., Bowles, K., & Jones, C. (2023). Palliative Care across Settings: Perspectives from Inpatient, Primary Care, and Home Health Care Providers and Staff. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 40*(12),

1371-1378. *https://doi.org/10.1177/10499091231163156*

*Toteh Osakwe, Z., Oni-Eseleh, O., J. Rosati, R., & Stefancic, A. (2023). "The Crossover to Hospice": Perspectives of Home Healthcare Nurses and Social Workers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, *40*(6), 613-619. https://doi.org/10.1177/10499091221123271

*Trankle, S., Shanmugam, S., Lewis, E., Nicholson, M., Hillman, K., & Cardona, M. (2020). Are We Making Progress on Communication with People Who Are Near the End of Life in the Australian Health System? A Thematic Analysis. *Health Communication*, *35*(2), 158-167. https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1548335

Wallerstedt, B., Benzein, E., Schildmeijer, K., & Sandgren, A. (2018). What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33*(1). 77-84. https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1111/scs.12603

*Whitehead, K., Ala-Leppilampi, K., Menagh, J., & Spaner, D. (2023). Factors That Determine the Experience of Transition to an Inpatient Palliative Care Unit for Patients and Caregivers: A Qualitative Study. *Transition to Palliative Care*, *37*(4), 579-585. 10.1177/08258597221105001

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The Integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5). 546–553. 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x