



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Examensarbete

Fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets erfarenheter av
arbete i palliativ vård
En deskriptiv litteraturstudie

Johanna Storing

2017

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnad
Program
Omvårdnad - Självständigt examensarbete
Handledare: Elisabeth Persson
Examinator: Marianne Carlsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Teamarbete ses som god praxis inom palliativ vård och i teamet kan många yrkesprofessioner ingå. Det finns evidens för att olika fysioterapeutiska åtgärder kan ha betydelse för patienter i palliativ vård men det tycks finnas ett kunskapsglapp i forskning om fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets erfarenheter av arbete i palliativ vård för äldre.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets erfarenheter, utifrån arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter. Syftet var även att granska den metodologiska aspekten urval och urvalsprocess.

Metod: Litteraturstudien hade en deskriptiv design och innehöll 18 ingående artiklar vilka hittades via databaserna PubMed och Cinahl samt utifrån manuell sökning.

Resultat: Fysioterapeuter ansåg sig ha flera roller inom palliativ vård. De beskrev skillnader jämfört med traditionell rehabilitering exempelvis angående kontinuitet och skiftande perspektiv allt eftersom patienten försämras. Det multiprofessionella teamet uppgav olika definition av palliativ vård och att rätt tidpunkt för olika insatser kunde vara svår att finna. Teamen beskrev att de arbetade med en teambaserad holistisk syn. En avgörande aspekt var goda relationer och god kommunikation med både patient, närstående, team och andra vårdgivare. För de flesta av de ingående artiklarna tillämpades strategiskt urval eller strategiskt urval i kombination med exempelvis snöbollsurval. En studie tillämpade bekvämlighetsurval och för tre av studierna uppgavs inte urvalsmetod.

Slutsats: Författaren slutsats är att fysioterapeuter och det multiprofessionella teamet arbetar utifrån en palliativ vårdfilosofi men det fanns olika uppfattning om definitionen av palliativ vård. En avgörande aspekt för vården var goda relationer och god kommunikation.

Nyckelord: Erfarenheter, fysioterapi, multiprofessionellt team, palliativ vård

ABSTRACT

Background: Teamwork is considered good practice in palliative care and many different professionals can be included in the team. Research has proved that different physical therapy interventions can be significant to patients who receive palliative care, however there seems to be a lack of knowledge of the experiences of physical therapists and the multiprofessional teams who work within the field of palliative care amongst the elderly.

Aim: The aim was to describe the experiences of physical therapists and of the multiprofessional teams, working with palliative care for the elderly in different settings. Furthermore this study aimed to review the selected articles regarding the methodological aspect sample and sampling.

Method: The literature study had a descriptive design and was based on 18 qualitative articles found in the databases for medical research PubMed and Cinahl and based on manual search.

Results: Physical therapists considered themselves having different roles within palliative care. They described differences compared to traditional rehabilitation for example in regards to continuity and changing perspectives as the patient deteriorates. The multiprofessional teams claimed different definitions of the concept of palliative care and stated that there was a difficulty finding the perfect timing for different interventions. The team members described that they worked with a team-based holistic approach. A good relation and a good communication with the patient, family, team and other caregivers were considered a decisive aspect which affected the palliative care given. For most of the selected articles a purposeful sample was applied or a purposeful sample combined with for example a snowball sample. One study applied a convenience sample and three of the studies did not state their sample.

Conclusions: The conclusion is that physical therapists and the multiprofessional team apply a palliative approach but there were different perceptions about the definition of palliative care. Good relations and good communication were considered a decisive aspect to the palliative care given.

Keywords: Experiences, interprofessional, palliative care, physical therapy

Innehåll

1. INTRODUKTION	1
1.1 Palliativ vård	1
1.2 Palliativ vårdfilosofi	1
1.3 Teamarbete	2
1.4 Personcentrerad vård	3
1.5 Fysioterapi vid palliativ vård	3
<i>1.5.1 Fysioterapi: Fysisk aktivitet och träning</i>	4
<i>1.5.2 Fysioterapi vid smärta</i>	4
<i>1.5.3 Fysioterapi vid fatigue</i>	5
<i>1.5.4 Fysioterapi vid andningsbesvär</i>	6
1.6 Teoretiska referensramar	6
<i>1.6.1 Fysioterapi</i>	6
<i>1.6.2 Teori om god vård i livets slut- (Peaceful End of Life Theory)</i>	7
<i>1.6.3 Omsorgsteori - (Theory of caritative caring)</i>	7
1.7 Problemformulering	8
1.8 Syfte	9
1.9 Frågeställningar	9
2.METOD	9
2.1 Design	9
2.2 Sökstrategi	10
2.3 Urvalskriterier	10
2.4 Urvalsprocess och utfall av valda artiklar	11
2.5 Dataanalys	13
2.6 Forskningsetiska överväganden	14
3. RESULTAT	14
3.1 Fysioterapeuters erfarenheter av arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter	15
<i>3.1.1 Fysioterapeuters syn på palliativ vård</i>	15
<i>3.1.2 Fysioterapeuters syn på kommunikation -relation</i>	15
<i>3.1.3 Fysioterapeuters syn på kunskap och stöd</i>	16
<i>3.1.4 Fysioterapeuters syn på organisatoriska aspekter</i>	16

3.2 Det multiprofessionella teamets erfarenheter av arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter	17
3.2.1 <i>Det multiprofessionella teamets syn på palliativ vård</i>	17
3.2.2 <i>Rätt tidpunkt</i>	18
3.2.3 <i>Det multiprofessionella teamets syn på kommunikation – relation med patient och närstående</i>	18
3.2.4 <i>Det multiprofessionella teamets syn på kommunikation - relation i team och mellan vårdgivare</i>	20
3.2.5 <i>Det multiprofessionella teamets syn på kunskap och stöd</i>	21
3.2.6 <i>Det multiprofessionella teamets syn på organisatoriska aspekter</i>	22
3.3 Metodologisk aspekt- urval och urvalsprocess i de ingående studierna	23
4. DISKUSSION	24
4.1 Huvudresultat	24
4.2 Resultatdiskussion	25
4.2.1 <i>Fysioterapeuters syn på palliativ vård</i>	25
4.2.2 <i>Det multiprofessionella teamets syn på palliativ vård och "Rätt tidpunkt"</i>	25
4.2.3 <i>Fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets syn på kommunikation - relation med patient och närstående</i>	26
4.2.4 <i>Fysioterapeuters och de multiprofessionella teamens syn på kommunikation - relation i team och mellan vårdgivare.</i>	27
4.2.5 <i>Fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets syn på kunskap och stöd</i>	27
4.2.6 <i>Fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets syn på organisatoriska aspekter</i>	28
4.2.7 <i>Granskning av metodologisk aspekt- urval och urvalsprocess i de ingående studierna</i>	28
4.3 Metoddiskussion	29
4.3.1 <i>Design</i>	29
4.3.2 <i>Sökstrategi</i>	30
4.3.3 <i>Urvalskriterier</i>	30
4.3.4 <i>Dataanalys</i>	31
4.3.5 <i>Forskningsetiska överväganden</i>	31
4.4 Kliniska implikationer	31
4.5 Slutsats	32

Referensi	33
------------------------	----

Bilaga 1

Bilaga 2

1. INTRODUKTION

1.1 Palliativ vård

Årligen avlider cirka 90000 människor i Sverige. Uppskattningsvis tros att cirka 80 % av dem skulle ha nytta av innehållet i den palliativa vården. Många av de döende vistas sin sista tid på särskilda boenden för äldre, men många dör även på sjukhus. En andel äldre får uppleva förflyttningar mellan olika vårdformer den sista levnadstiden (Svenska palliativregistret 2015). Det har skett en förändring de senaste decennierna gällande dödsplats i Sverige för personer > 64 år. Det finns idag möjligheter till avancerad medicinsk vård i hemmet. Före Ädelreformen avled ungefär 25 % av de äldre utanför sjukhusvården jämfört med på senare år där mer än 50 % av de äldre avlider utanför sjukhus enligt Socialstyrelsens uppgifter från 2006 (Socialstyrelsen 2006). Senare statistik från Svenska palliativ registret visar att ungefär 40-50 % avlidit i äldreboenden, 35-40 % på sjukhus och knappt 10 % inom specialiserad palliativ vård vilken omfattar både hospice, specialiserad palliativ hemsjukvård och specialiserad sjukhusbaserad palliativ vård. Detta visar att endast 10 % av befolkningen avlidit i det egna hemmet. För 2013 inrapporterades drygt 66 procent av alla dödsfall i Sverige till registret och det är utifrån denna täckningsgrad som ovanstående statistik ska läsas. (Lindqvist & Fürst 2014). Nuvarande regionala data överensstämmer ungefärligen med ovanstående (Svenska palliativ registret 2017 b).

Patienter som befinner sig i palliativt skede kan uppleva flera områden som viktiga för god livskvalitet i livets slut, till exempel: ”Att få fullfölja sitt liv medan man samtidigt möter döden”, ”Att få bibehålla sin värdighet” och ”Att få njuta av små saker i livet” (Andersson, Hallberg & Edberg 2008, s.818) . Att kunna bibehålla sin självständighet är ett önskemål som ofta framkommer bland patienter som befinner sig i palliativ vård (Yoshioka 1994). Forskning visar att aktiviteter som äta, klä sig, sköta hygien med mera är ett grundläggande önskemål oavsett svår sjukdom (Regionalt Cancercentrum Stockholm - Gotland 2016).

1.2 Palliativ vårdfilosofi

Palliativ vård omfattar att tillgodose fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. God kontroll av symtom, ett nära teamarbete, stöd till närstående och kontinuitet i

vården och omsorgen är fyra viktiga hörnstenar i den palliativa vården (Frykmark, Hallgren & Reisberg 2009; Strang & Beck Friis 2012). Socialstyrelsens definition av palliativ vård lyder: ”Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående” (Socialstyrelsen 2017 b). Socialstyrelsens definition överensstämmer med Världshälsoorganisationens (WHO) definition (Socialstyrelsen 2013).

Tidigare beskrevs palliativ vård ofta för cancersjuka men numera ses den palliativa vården även omfatta andra sjukdomar såsom hjärt- kärlsjukdom, svåra neurologiska sjukdomar och lungsjukdomar (Fridegren & Lyckander 2009). Betydande del av den kunskap som samlats inom cancervård kan i många fall överföras till palliativ vård för andra sjukdomar (Frykmark, Hallgren & Reisberg 2009). Flera symtom såsom avmagring, nedsatt aptit och smärta kan förekomma i sena stadier av sjukdomar som hjärtsvikt, cancer eller KOL. Psykiska symtom kan förekomma oavsett typ av livshotande diagnos (Socialstyrelsen 2013).

Den palliativa vårdfilosofin stöds av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Där står skrivet att vården ska ges med respekt, att den ska tillgodose människors lika värde och värdighet. Vidare ska vården bygga på självbestämmande och att patientens integritet ska respekteras. Det står även skrivet att patienten ska ges anpassad information om sin hälsa och vilka behandlingsmetoder och vård som finns att tillgå. Om patienten inte kan ta emot information så får den lämnas till närstående istället, såtillvida det inte finns något hinder för det.

1.3 Teamarbete

I WHO:s definition av palliativ vård beskrivs att det behövs flera olika yrkesprofessioner för att optimera möjligheten att hjälpa patienten med god smärtlindring och så god livskvalitet som möjligt (Fridegren & Lyckander 2009; Frykmark, Hallgren & Reisberg 2009). Ingen yrkesgrupp kan ensamt tillgodose de behov en palliativ patient kan ha, varför ett teamarbete med tillgång till olika yrkeskompetens är betydelsefullt (Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland 2016). Testning av fyra hypoteser angående teamarbete i hälso- och sjukvård mot litteraturen visade att hypoteserna fick stöd. Dessa hypoteser handlade om att tydliga roller och ansvarsområden underlättar samverkan och koordination, men också att

teammedlemmar då kan utföra vissa av de andras uppgifter vid behov. Vidare att fungerande teamarbete ger ökad förståelse för patienten genom samlad information. Om ovanstående saknas påverkas vården till det sämre. Däremot fanns det inte så mycket beskrivet om den fjärde och sista hypotesen, teamarbetets betydelse för stimulering av individuellt lärande mellan teamets professioner (Sims, Hewitt & Harris 2015). Nelson, Hasson & Kernohan (2012) beskriver att distriktssköterskor kan känna tveksamhet inför att remittera till fysioterapeuter. Tveksamheten berodde på att distriktssköterskorna hade en uppfattning om att fysioterapeuter saknade kunskap och kompetens för att ge god palliativ vård. Att fysioterapeuter ses arbeta målrelaterat och uppgiftsorienterat och oförmögna till en psykisk, fysisk, social och existentiell helhetsaspekt. Vidare att det kan bli för många yrkesprofessioner inblandade runt patienten samt att en remiss till fysioterapeut kan inge patienten falskt hopp. Positiva åsikter framkom dock angående att fysioterapeuter kan hjälpa till med symtomlindring. Distriktssköterskorna i studien upplevde sig ha begränsad erfarenhet av fysioterapi samt att fysioterapeutresurserna var otillräckliga.

1.4 Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård har gradvis framträtt som en beskrivning av god omvårdnad både nationellt och internationellt. Ordet patient kan bytas ut mot person. Innebörden är att personer med funktionshinder eller ohälsa ska ses utifrån att vara människa och utifrån sina resurser. Detta till skillnad från att betraktas utifrån ett funktionshinder eller diagnos. Det innebär även en modell där personen och eventuellt närstående är aktiva i planering och genomförande av den egna vården. Begreppet framställs ofta synonymt med god humanistisk vård och Vårdhandboken föreslår att personcentrerad vård ska tillämpas brett inom vård och omsorg (Hörnsten & Udo 2017).

1.5 Fysioterapi vid palliativ vård

Det har på senare år framkommit mer forskning kring fysioterapi och rehabilitering inom palliativ vård (Montagnini, Lodhi & Born 2003). Strang och Beck-Friis frågar sig: ”Är rehabilitering ett nytt begrepp eller en självklar ingrediens i palliativ vård?” (Strang & Beck Friis 2012, s.19). Svaret blir att rehabilitering är en viktig del av palliativ vård. WHO har antagit i sin skrivelse att patienter ska erbjudas hjälp att leva aktivt fram till sin död. Att stärka patienters oberoende och självständighet i palliativ

vård kan öka patientens livskvalitet (Strang & Beck- Friis 2012). Yoshioka (1994) menar att rehabilitering kan vara betydelsefullt för patienter som är svårt sjuka i cancer.

1.5.1 Fysioterapi: Fysisk aktivitet och träning

Ett ökande intresse ses numera när det gäller rehabilitering inom palliativ vård och särskilt för patienter med cancer. Kondition och fysisk funktionsförmåga har visat sig vara av största betydelse för livskvalitet (Oldervoll et al. 2006).

I en systematisk Cochrane Review med syftet att se träningsinsatsers påverkan på livskvalitet hos personer som undergick cancerbehandling sågs positiva effekter på livskvalitet vid korttidsuppföljningar. Vidare sågs signifikanta förbättringar vid depression vid både 12-veckors och 6 månaders-uppföljningar samt förbättringar när det gällde generell hälsa och att fungera socialt. Inga signifikanta skillnader sågs när det gällde oro, kroppsuppfattning eller kognition (Mishra et al. 2012).

Det finns begränsad mängd forskning om fysisk aktivitet hos patienter i sen palliativ fas. De studier som finns indikerar att fysisk aktivitet kan underhålla livskvalitet, förbättra rörlighet och bidra till att hantera symtom (Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland 2016).

1.5.2 Fysioterapi vid smärta

Smärta förekommer i 50-100 % hos patienter med cancer i sena stadier (Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland 2016) Smärtan kan bero på själva cancersjukdomen, men även på cancerbehandlingen. Det är vanligt att patienter med cancer har flera olika typer av smärta, till exempel smärta orsakad av artros, huvudvärk eller muskulära besvär (Frymark, Hallgren & Reisberg 2009). Smärta förekommer hos över 50 % av patienter vid ett flertal andra sjukdomstillstånd än cancer (Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland 2016) . Smärta påverkar hela patientens livskvalitet och det är viktigt att flera yrkesprofessioner hjälper till utifrån sin kompetens att lindra patientens lidande (Frymark, Hallgren & Reisberg 2009). Fysisk smärta kan förvärras av existentiell ångest, fysisk smärta kan även utlösas av existentiellt lidande. Total pain är ett begrepp som myntades av Dame Cicely Saunders då hon i sin forskning mötte patienter som beskrev att ” It´s all pain”, både fysisk smärta men även att själva livet smärtade (Strang & Beck- Friis 2012) . Både diagnostik och behandling av smärta bör oavsett orsak eller typ av sjukdom analyseras med samma metoder så att orsaken/ orsaker kan behandlas på bra sätt. En god dialog med patienten är viktigt för en bra

smärtanamnes. Ett bra komplement för förbättring och kvalitetssäkring av smärtbehandling kan vara att använda ett evidensbaserat smärtskattningsinstrument. Användande av smärtskattningsinstrument bidrar till ett gemensamt språk runt grad av smärta och vid uppföljning av behandlingen. En vanlig orsak till underbehandling av smärta är att personal bara ”uppskattar” patientens smärta (Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland 2016). Många patienter har farmakologisk behandling mot sin smärta, fysioterapi kan förbättra smärtlindringen som komplement. Olika fysioterapeutiska metoder som används är till exempel avlastad rörelseträning, värme/kyla, akupunktur och förflyttningsträning. Förflyttningsträning sker i syfte att hitta skonsamma förflyttningar som smärtar mindre eller inte alls (Frymark, Hallgren & Reisberg 2009). Enligt Socialstyrelsen kan mjuk massage ges som tillägg till farmakologisk behandling i undantagsfall, detta då åtgärden inte har en bevisad effekt på smärta (Socialstyrelsen 2013). Dock finns enskilda studier som visar positiva resultat på smärta och oro (Ernst 2009; Jane, Wilkie, Gallucci, Beaton & Huang 2009; Kutner et al. 2008). En kvalitativ studie visar att de 22 deltagarna upplevde massage positivt. De upplevde att de fick en paus från sin svåra sjukdom. De upplevde även att de bokade tillfällena med massage skapade en meningsfullhet. De uttryckte att de kände en känsla av ökad kraft och glädje trots sin svåra situation, men även avspänning och lugn (Cronfalk, Strang, Ternestedt & Friedrichsen 2009). Transkutan elektrisk nervstimulering har utvärderats. I systematiska Cochrane Reviews har det visat sig att det inte finns tillräckliga bevis för att TENS har effekt vid cancersmärta (Hurlow et al. 2012; Robb et al.2009).

1.5.3 Fysioterapi vid fatigue

Fatigue är ett samlingsbegrepp för den ovanliga och extrema trötthet som cancerpatienter kan beskriva. Det upplevs som en kraftlöshet, energibrist och obehagskänsla. Glömska och koncentrationsproblem förekommer även. Tröttheten försvinner inte vid sömn eller vila. Fatigue är en subjektiv upplevelse som påverkar en persons, känslomässiga, mentala och fysiska hälsa. Fatigue drabbar 80 % av cancerpatienter och kan kvarstå som symptom långt efter det att behandlingen avslutats. Etiologin är inte helt känd men tänkbara orsaker är att maligniteten och behandlingen påverkar men även depression, sömnsvårigheter, förlust av funktioner och anemi. Vid förlust av funktioner krävs en ökad ansträngning för att klara de dagliga aktiviteterna vilket kan innebära en känsla av fatigue. Fysisk aktivitet är effektivt mot fatigue både under och efter behandling (Frykmark, Hallgren & Reisberg 2009). Träning har visat

sig minska känslan av fatigue och öka den funktionella förmågan (Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults- The Cochrane Library 2012).

1.5.4 Fysioterapi vid andningsbesvär

Dyspné eller andnöd är en subjektiv upplevelse av andningsproblem som kan variera i omfattning. Andnöd är ett vanligt symptom i livets slutskede för patienter med sjukdomar som ALS, KOL, cystisk fibros, hjärtsvikt och cancer (Bausewein, Booth, Grynels & Higginson 2008). Andnöd hör samman med psykisk eller fysisk ansträngning, är ofta ångestskapande och kan inverka på samvaron med andra människor (Frymark, Hallgren & Reisberg 2009). Det finns både farmakologiska och icke-farmakologiska metoder för att motverka andnöd, men symptomet är fortfarande svårt att behandla. En systematisk Cochrane Review visar att det finns evidens för att neuroelektrisk muskel stimulering (Nmes) och bröstorgsvibrationer har effekt på andnöd samt även att det finns evidens för att andningsgymnastik och gånghjälpmedel har effekt på andnöd. I ovanstående Review avsåg de flesta studier KOL-patienter och var inte alltid utförda med koppling till palliativ vård (Bausewein, Booth, Grynels & Higginson 2008). Vid andnöd kan det behövas hjälp av en fysioterapeut för instruktioner om inhalationsteknik, gynnsamma sittställningar och andningsgymnastik till exempel slemevakivering (Strang P & Beck- Friis B 2012; Frymark, Hallgren & Reisberg 2009).

1.6 Teoretiska referensramar

1.6.1 Fysioterapi

År 1999 antog World confederation for Physical therapy (WCPT) "Description of Physical Therapy". Denna reviderades senast 2011 och utgör en gemensam internationell grund. Dåvarande legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR) numera Fysioterapeuterna vidareutvecklade beskrivningen till att gälla för svensk fysioterapi. Den senaste versionen är daterad 2017.

Fysioterapi är både ett eget akademiskt kunskapsområde och ett professionsområde, vilka är integrerade. Grundläggande ses människan som en helhet utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter. Vidare att människan inom sig har inneboende resurser och att dessa kan stimuleras via rörelse. Rörelse ses som en förutsättning för att nå sina mål och som en grund för hela människan. Fysioterapeuter arbetar i huvudsak med att minska ohälsa och främja hälsa genom rörelse då en

människas hälsa reducerats av ålder, sjukdom eller skada. Arbetet baseras på gällande evidens och utförs i relation till patienten, andra yrkesprofessioner och eventuella närstående. Syftet med fysioterapi är att uppnå eller återerövra bästa möjliga funktionsnivå för att klara det dagliga livet. Fysioterapeuter arbetar även förebyggande. Fysioterapeuters behandlingsmetoder vilar på vetenskaplig grund (Broberg & Lenné 2017).

1.6.2 Teori om god vård i livets slut- (Peaceful End of Life Theory)

Peaceful End of Life Theory (EOL) är baserad på systemteori och utvecklade och förfinade av omvårdnadsteoretikerna Ruland & Moore. Teorin utvecklades inom akutsjukvård i Norge och omfattade döende vuxna och deras familjer. Alligod och Tomey (2010) menar att koncepten även kan användas av sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård inom andra kontexter än akutsjukvård. Teorin inbegriper:
Att genomföra smärtskattning och erbjuda både läkemedel och andra åtgärder för smärtlindring.

Att motverka komplikationer och underrätta för patienten att vila bekvämt.

Att behandla patienten med respekt och empati, inhämta dennes önskemål samt inkludera patient och närstående i beslut.

Att erbjuda hjälp att lösa praktiska situationer och ge känslomässigt stöd till patient och närstående.

Att uppmärksamma närståendes oro och sorg och att underlätta goda relationer inom patientens familj.

Ett sammanfattande citat lyder ”The patient’s experiences of not being in pain, comfort, dignity, and respect, being at peace, closeness to significant others or persons who care contribute to the peaceful end of life” (Alligod & Tomey 2010, s.757)

1.6.3 Omsorgsteori - (Theory of caritative caring)

Theory of caritative caring är utvecklad av professor Katie Eriksson från Finland. Hon ser forskning om vård som en humanistisk forskning och har inspirerats av grekiska filosofer som Platon, Aristoteles och Sokrates. Hon har även inspirerats av den svenska teologen Anders Nygren och den tyska filosofen Hans-Georg Gadamer. Teorin omfattar många koncept och definitioner till exempel Caritas, vilket betyder kärlek och barmhärtighet. Caritas är det huvudsakliga motivet för vård och vård omfattar att åstadkomma kärlek, hopp och tro genom vårdande, lärande och lek. Lek förklaras som

ett uttryck för rörelse och kreativitet. Ett annat begrepp är värdighet, att en människas värdighet inbegriper rätten att bli bekräftad som unik. Hälsobegreppet i denna teori handlar om mer än frånvaro av sjukdom. Det är en integrerad aspekt av livet. Med hälsa menas att känna helhet till kropp, själ och ande. Hälsa är beroende av kroppens, själens och andens vitalitet och detta står i relation till människans behov och önskemål. Ett strävande efter att få uppnå sin fulla potential. Teorin beskriver att den människa vi möter i en vårdande situation har längtan, önsknings och förmåga att uppleva (Alligod & Tomey 2010).

1.7 Problemformulering

Det krävs teoretiska och kliniska kunskaper i palliativ omvårdnad och palliativ medicin för att kunna erbjuda patienter bästa möjliga vård och så god livskvalitet som möjligt. Det är viktigt att olika yrkeskategorier får goda teoretiska och kliniska kunskaper i palliativ vård i sina grundutbildningar. Detta då all hälso- och sjukvårdspersonal under sitt yrkesliv säkerligen kommer i kontakt med patienter som befinner sig i palliativ vård och deras närstående. Grundutbildningarna för de olika yrkesprofessionerna har dock inte innehållit så mycket undervisning om palliativ vård tidigare (Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland 2016).

Teamarbete ses som god praxis inom palliativ vård, vilket i sig ska bidra till bättre vård. Teamarbete sker dygnet runt och i teamet kan många olika yrkesprofessioner ingå (Frykmark, Hallgren & Reisberg 2009). Det finns evidens för att olika fysioterapeutiska insatser kan ha betydelse och effekt för patienter i palliativ vård. Fysioterapi kan upplevas som något positivt i det svåra. I palliativ vård är goda kunskaper och fungerande teamarbete av största vikt. Det tycks inte finnas så mycket skrivet om fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets erfarenheter av att arbeta i palliativ vård. Att få ta del av vilka erfarenheter fysioterapeuter och det multiprofessionella teamet har av palliativ vård kan bidra till ökad förståelse för behov av utveckling och förbättring gällande arbetet, vilket kan gynna de patienter som befinner sig i palliativ vård.

1.8 Syfte

Syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter samt det multiprofessionella teamets erfarenheter, utifrån arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter.

Den metodologiska aspekten som studerades i de ingående studierna var urval och urvalsprocess.

Multiprofessionellt team: Definition enligt socialstyrelsens termbank: ”(inom vård och omsorg:) Grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde”(Socialstyrelsen 2017a).

Multiprofessionella team kan omfatta professioner från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Ett multiprofessionellt team inom palliativ vård kan bestå av hemtjänst, distriktssköterska och läkare vilka vid behov kopplar in annan vårdpersonal. Ett specialiserat palliativt team består i regel även av kurator, arbetsterapeut och fysioterapeut. Teamet bör även ha nära samverkan med specialistfunktioner beroende av patientens diagnos (Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland 2016).

1.9 Frågeställningar

Hur beskrev fysioterapeuter sina erfarenheter av arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter?

Hur beskrev multiprofessionella team sina erfarenheter av arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter?

Hur beskrevs urval och urvalsprocess i de ingående studierna?

2.METOD

2.1 Design

Design för studien var en deskriptiv litteraturstudie enligt Forsberg et al (2008) samt Polit et al (2008).

2.2 Sökstrategi

Först formulerades syfte och frågeställningar utifrån introduktion och problemformulering, både Polit och Beck (2008) samt Forsberg och Wengström (2008) menar att detta är ett första steg i processen. Därefter genomfördes identiska systematiska sökningar i databaserna PubMed och Cinahl. Företrädelsevis användes MeSH-termer respektive major headings: *palliative care, physical therapy, rehabilitation, perception, role, patient care team och interprofessional*. Fritext-termer som användes var: *experiences, physiotherapy, allied health care professionals och health care workers*. Enligt Polit och Beck (2008) bör författaren sträva efter att ”äga ämnet” och anser att det är av värde att starta sökningen utan alltför snäva begränsningar samt vara öppen för att använda flera olika kombinationer av söktermer. Den systematiska sökningen i föreliggande studie började i form av en bred sökning med enskilda sökord. Dessa sökningar gav mellan cirka 1000 - 50000 sökträffar varför sökordskombinationer genomfördes. Vissa sökordskombinationer gav få eller inga möjliga artiklar varför ett flertal olika kombinationer med ovanstående MeSH-termer och fritext-termer användes. Sökorden kombinerades med de booleska operatorerna AND och OR. Trunkering av ord användes för att omfatta versioner av ordet enligt beskrivning av Polit et al (2008). De sökord och kombinationer som resulterade i valda artiklar redovisas i tabell 1 Resultat databassökningar. Sökningarna kompletterades med manuell sökning via artiklarnas referenslistor för att om möjligt hitta fler artiklar med relevans för syfte, frågeställningar och urval.

2.3 Urvalskriterier

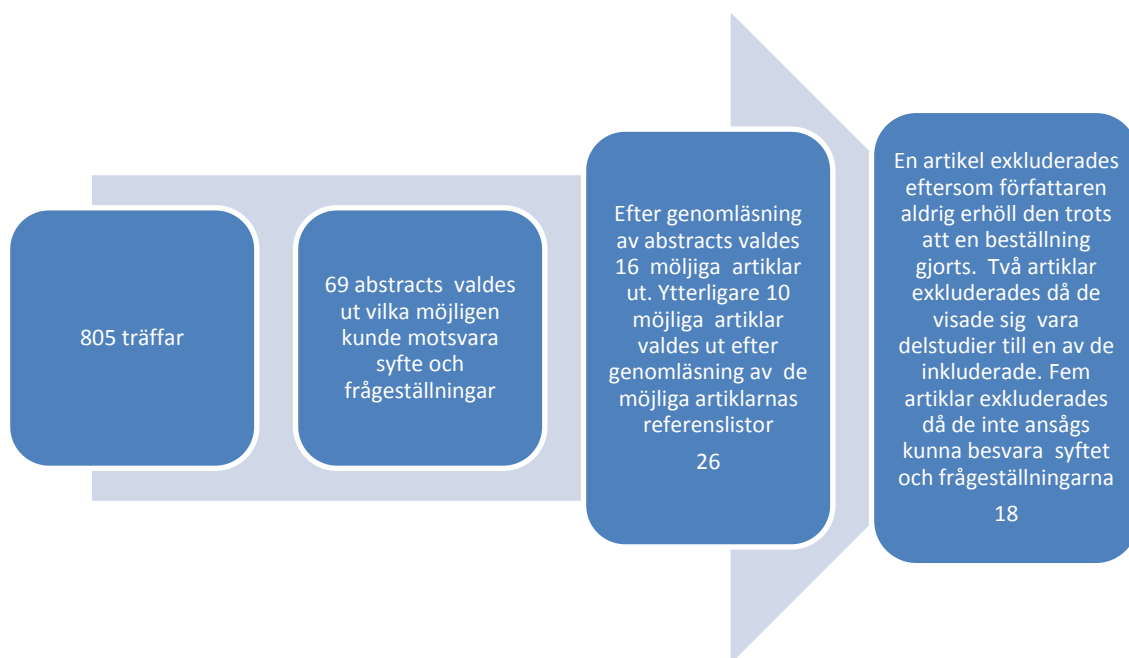
Enligt Polit och Beck (2008) används urval och begränsningar för att specificera sökningar för att få svar på syftet samt utifrån om författaren har andra specifika önskemål för studien. I föreliggande studie var första kriteriet att artiklarna skulle vara relevanta för studiens syfte och omfatta empiriska studier. Artiklar som omfattade olika vårdgivare, diagnoser och länder inkluderades då palliativ vård bedrivs inom många olika kontexter. Både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderades. Författaren önskade belysa ämnet utifrån aktuell forskning varför en begränsning avseende publiceringsår sattes. Författaren ville beskriva ämnet utifrån patienter över 65 år varför artiklar som omfattade yngre åldrar exkluderades. Att artiklarna var kollegialt granskade (peer reviewed) kontrollerades. Detta genom att antingen söka om artiklar funna i

PubMed i Cinahl med limit peer reviewed alternativt via tidskrifternas hemsidor. Begränsningar för sökningarna var: Fulltext, ålder > 65 år, engelska artiklar samt ett publiceringsår inom 10 år bakåt, i Cinahl användes även peer review. Samtliga artiklar som inkluderades hade ett godkännande från en forskningsetisk kommitté, var publicerade i fulltext samt kostnadsfria.

2.4 Urvalsprocess och utfall av valda artiklar

Författaren till föreliggande litteraturstudie valde ut 18 ingående artiklar vilka presenteras översiktligt i tabell 2 Artikelöversikt (bilaga 1) samt tabell 3 Översiktstabell författare – syfte - resultat (bilaga 2). Författaren följde urvalsprocess beskriven av Polit och Beck (2008). Genomläsning gjordes av sökträffarnas titlar. Artiklarnas abstracts lästes när de hade en relevant titel för syfte och frågeställningar. Artiklar med ett abstract som vid en övergripande genomläsning skulle kunna ha betydelse för att besvara syftet inkluderades. Detta innebar att artiklarna skulle omfatta fysioterapeuters och/eller det multiprofessionella teamets erfarenheter av arbete i palliativ vård. Artiklar rörande olika kontexter, olika diagnoser och olika länder inkluderades för att få en bred bild av forskningsfrågan. För en artikel saknades avgränsning av ålder > 65år. Denna inkluderades då det gick att utläsa att den omfattade även äldre patienter samt var relevant för syftet. En artikel var publicerad år 2006, denna inkluderades då den bedömdes vara relevant för syftet. De titlar och abstracts som exkluderades var de som inte motsvarade syfte och frågeställningar. Till exempel innehöll de exkluderade interventioner för utvärdering av sjukgymnastiska eller medicinska metoder samt undersökningar specifikt och enskilt av respektive patienters, närståendes eller sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård. Utifrån 805 träffar valdes 69 abstracts ut för genomläsning. Utifrån dessa abstracts valdes 16 möjliga artiklar ut. Databassökningarna kombinerades med manuell sökning utifrån de möjliga artiklarnas referenslistor varvid ytterligare 10 möjliga artiklar valdes ut. De sammanlagt 26 artiklarna granskades mer noggrant i sin helhet och slutligen valdes 18 artiklar ut vilka ansågs kunna besvara syfte och frågeställningar. Urvalsprocessen visas figur 1 respektive i tabell 1 Artikelöversikt (Databas, limits, söktermer, antal träffar, valda

artiklar).



Figur 1. Flödesschema urvalsprocess av ingående artiklar

Tabell 1. Resultat databassökningar

Databas Datum	Limits	Söktermer	Antal träffar	Valda artiklar
PubMed 21 mars 2017	Fulltext Engelska >65 år 10år	Palliative care AND rehabilitation AND patient care team	59	1
		Palliative care AND patient care team AND experiences	28	1
		Palliative care AND interprofessional	41	3
PubMed 22 mars 2017	Fulltext Engelska >65 år 10år	Physical therap* OR physiotherap* AND perceptions OR experiences AND palliative care	441	1
		Health care workers OR allied health care professionals AND palliative care AND rehabilitation	12	1
PubMed 23 mars 2017	*/tog bort limit >65 för att inkludera en artikel	Physiotherapist OR physical therapist AND palliative care AND role	26	1

	som omfattade äldre men ej kom upp			
		Physiotherapists AND palliative care AND rehabilitation	10	2
Cinahl 21 mars 2017	Peer reviewd Engelska 10år >65 år	Palliative care AND physical therap* OR physiotherap* AND experiences	188	3
Manuell sökning 22-23 mars 2017		Manuell sökning i artiklarnas referenslistor utifrån syfte och frågeställningar		5
			805	18

2.5 Dataanalys

De möjliga artiklarna lästes i sin helhet minst en gång. Att läsa varje artikel i sin helhet samt vissa delar av dem flera gånger syftar till att förstå innebörden och resultatet. Därefter lästes ett antal artiklar igen för att leta efter en möjlighet till hur resultatet skulle kunna kategoriseras utifrån likheter och skillnader i mönster och teman. Artiklarna sammanställdes i tabell 2 Artikelöversikt (bilaga 1) för att underlätta kategorisering och analys. Ovanstående tillvägagångssätt förespråkas av Polit och Beck (2008). Olsson och Sörensen (2007) menar att en meningskoncentrering måste göras i en sådan tabell vilket har genomförts i föreliggande studie. Författaren har använt rubriker för tabell 2 enligt följande: Författare, titel, design, undersökningsgrupp - urvalsprocess, datainsamlingsmetod samt dataanalysmetod. De ingående artiklarnas resultat lästes sedan flera gånger. Vid genomläsning färgkodades resultatet i marginalen för de textavsnitt där författaren fann återkommande teman vilka ansågs kunna besvara syftet och frågeställningarna. Därefter sammanställdes artiklarna i en översiktstabell, tabell 3 Översiktstabell författare - syfte - resultat (bilaga 2). För denna tabell ingår författare, syfte och resultat. Två huvudteman valdes ut utifrån studiens två första frågeställningar, samt tio underliggande teman som bedömdes stämma mot syfte och frågeställningar. Dessa sammanställdes i löpande text vilka redovisas under resultatavsnittet. Vald metod baserade sig på Polit och Beck (2008) som menar att det är

viktigt att resultaten organiseras logiskt utifrån ämnet och att en presentation av resultatet sedan sker med författarens egna ord i löpande text med hänvisning till resultattabeller. Den metodologiska aspekten som granskades var de ingående studiernas urval och urvalsprocess. Granskningen baserades på beskrivning av urval och urvalsprocesser enligt Forsberg och Wengström (2008) samt Polit och Beck(2008). Granskningen av urval och urvalsprocess sammanställdes sedan i löpande text under resultatavsnittet

2.6 Forskningsetiska överväganden

Samtliga ingående artiklar i litteraturstudien hade fått tillstånd av en etisk kommitté. I elva av studierna beskrevs dessutom etiska ställningstaganden mer noggrant, till exempel avseende att informerat samtycke hade inhämtas och att respondenterna försäkrades anonymitet. Forsberg och Wengström (2008) menar att etiska överväganden ska göras innan arbetet med litteraturstudien påbörjas. Fusk och ohederlighet får ej förekomma och det är författarens ansvar. Författaren till föreliggande litteraturstudie strävade efter att noga beskriva metod och analys samt att presentera resultatet objektivt utan egna värderingar. I tillägg att presentera alla artiklar som ingick i studien samt att alla resultat redovisades oavsett de kunde ses stödja eller inte stödja författarens egna åsikter. Litteraturstudien kommer genomgå plagiatkontroll enligt rutin för Högskolan i Gävle. Alla artiklar var skrivna på engelska varför vedertagna källor för översättning av ord eller begrepp användes vid behov.

3. RESULTAT

Litteraturstudiens ingående 18 artiklar presenteras översiktligt i bilaga1 och 2. Studiens två första frågeställningar omfattar fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets erfarenheter av arbete i palliativ vård. Dessa två utgör huvudteman och besvaras i form av tio underliggande teman med varsin rubrik i den löpande texten: *Fysioterapeuters syn på palliativ vård*, *Fysioterapeuters syn på kommunikation - relation*, *Fysioterapeuters syn på kunskap och stöd*, *Fysioterapeuters syn på organisatoriska aspekter*, *Det multiprofessionella teamets syn på palliativ vård*, *Rätt tidpunkt*, *Det multiprofessionella teamets syn på kommunikation – relation med patient och närstående*, *Det multiprofessionella teamets syn på kommunikation - relation i team och*

mellan vårdgivare, Det multiprofessionella teamets syn på kunskap och stöd, Det multiprofessionella teamets syn på organisatoriska aspekter.

Den tredje frågeställningen avser granskning av den metodologiska aspekten urval och urvalsprocess och besvaras under egen rubrik i resultatavsnittet. En översiktlig sammanställning av artiklarnas urval och urvalsprocess finns i tabell 2 Artikelöversikt (bilaga 1).

3.1 Fysioterapeuters erfarenheter av arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter

3.1.1 Fysioterapeuters syn på palliativ vård

Fysioterapeuter ansåg sig ha flera roller inom palliativ vård. Dessa handlade om att ge vård till patient och närstående, att vara en del av det multiprofessionella teamet och att arbeta med uppgifter vid sidan av patientarbetet (Wilson C M, Stiller, Doherty & Thompson 2017). Fysioterapeuter ansåg att rehabilitering i palliativ vård omfattar att bibehålla patienters självständighet, uppfylla önskemål och förbättra funktionsförmåga. De ville både förbättra funktionsförmåga och komfort. Exempel på detta var att lära ut förflyttningsteknik, att visa skonsamma övningar och att förse med hjälpmedel (Carson & McIlpatrick 2013). Det omfattade även att arbeta förebyggande och tillgodose säkerhet samt att optimera komfort och smärtlindring. Tidiga insatser ansågs vara av vikt. Skillnader jämfört med traditionell vård omfattade att skifta prioriteringar från rehabilitering mot komfort och stöd när patienten försämrades. Det innebar också att ge vård kontinuerligt, i en oavbruten kedja och vara beredd på ofta förekommande variationer i patientens motivation och funktion. Dessutom innebar det att rikta mer stöd till närstående, involvera dem och lägga mer tonvikt på psykosocialt stöd. Fysioterapeuterna uttalade en självreflektion angående att fysioterapeuter kan begränsa sina egna insatser då arbete i palliativ vård kräver andra tillvägagångssätt jämfört med traditionell fysioterapi (Wilson C M et al. 2017).

3.1.2 Fysioterapeuters syn på kommunikation -relation

Fysioterapeuter upplevde att det fanns kommunikationssvårigheter som hindrade den palliativa vården. En aspekt handlade om att det kunde vara svårt att få aktuell information om patientens status, vilka mål och önskemål patient och närstående hade när det gällde fysioterapeutiska insatser samt vilka yrkesprofessioner som var

inblandade i vården runt patienten. I motsats kunde kommunikation underlätta rehabilitering till exempel utifrån att skapa goda relationer med patient och familj och när det fanns en kontaktperson utsedd som kunde ha helhetsbilden och vara rådgivande. Teamarbete sågs kunna förbättra kommunikationen mellan yrkesprofessioner och uppskattades av patienter och närstående. Om teamarbetet inte fungerade eller om det fanns tveksamheter angående att remittera till ett specialistteam försämrades förutsättningarna för vården (Carson & McIlfatrick 2013). Wilson C M et al. (2017) beskriver att nära kommunikation i teamet upplevdes som viktigt och särskilt i vårdens olika övergångar.

3.1.3 Fysioterapeuters syn på kunskap och stöd

Fysioterapeuter ansåg att de hade ett ansvar för att utveckla sin egen kompetens inom palliativ vård och angående olika diagnoser utifrån patienterna de mötte i sin profession. De ansåg sig även ha ett ansvar för att utbilda kollegor i teamet om ergonomi, positionering och säkra förflyttningar samt om effekten av fysioterapi för respektive patient. Dessutom ansåg de att de hade en uppgift i att påtala behov av fysioterapi för ekonomiansvariga, aktörer i sjukvårdssystemet och politiker (Wilson C M et al. 2017). Dock framgår det att kompetensutveckling inte alltid prioriterades och att det var svårt att överblicka den utveckling som sker när det gäller serviceinsatser. Tillgång till specialistprofessioner som kan erbjuda utbildning sågs som en möjliggörande faktor (Carson & McIlfatrick 2013). Att ha tillgång till en mentor upplevdes också av värde (Wilson C M et al. 2017).

3.1.4 Fysioterapeuters syn på organisatoriska aspekter

Fysioterapeuter upplevde att de hade svårt att få utrustning och hjälpmedel i rätt tid. När rätt hjälpmedel provades ut kunde det verkligen göra stor skillnad för patient och närstående. De såg också problem med att hantera ärenden utifrån att det fanns målsättningar runt att få ned väntelistor. De upplevde det svårt att hantera tidsbrist och kunde känna sig otillräckliga (Carson & McIlfatrick 2013). Fysioterapeuter ansåg att det fanns många faktorer som inverkade på den palliativa vården till exempel om det fanns tillgång till stöd och nätverk i kommunen, lagar och riktlinjer utifrån hälso- och sjukvårdssystemet, ekonomi och värderingar (Wilson C M et al. 2017).

3.2 Det multiprofessionella teamets erfarenheter av arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter

3.2.1 Det multiprofessionella teamets syn på palliativ vård

I de ingående artiklarna framkom att respondenter uppgav olika definition av palliativ vård mellan undersökningsgrupper, men det förekom även i vissa fall olika uppfattningar inom samma undersökningsgrupp. Uppfattningar varierade mellan att se palliativ vård att gälla de sista timmarna i livet till att omfatta tiden från den tidpunkt där patienten konstateras ha en sjukdom som inte går att bota och som kommer förkorta livet. (Fox et al. 2016; Reimer-Kirkham, Sawatzky, Roberts, Cochrane & Stajduhar 2016; Smith et al. 2009). Det framkom även olika synsätt utifrån olika enheter och kring olika diagnoser. Patienter med Parkinsons sjukdom ansågs ha nytta av innehållet i den palliativa vården (Fox et al. 2016). En författare beskrev att respondenter ifrågasatte om demens är en diagnos som i sig leder till döden eller om det handlar om ett patologiskt tillstånd av det normala åldrandet. Denna inställning kunde påverka tillgången till palliativ vård. En del personal kunde anse att demens inte hörde till de sjukdomar som skulle omfattas av palliativ vård (Ryan, Gardiner, Bellamy, Gott & Ingleton 2011). I en annan studie beskrev de intervjuade professionerna att de ansåg att palliativ vård avsåg patienter som var döende i cancer. De ansåg sig inte ha en nyckelroll och var osäkra på sin roll för patienter som befann sig i palliativ vård (Casey et al. 2011).

Akutsjukvårdspersonal hade också en snävare syn på palliativ vård där den ansågs tillhöra de döende och de som valt lindrande behandling (Smith et al. 2009). Flera författare beskrev att professionerna uttryckte att palliativ vård innebär en holistisk syn (Casey et al. 2011; Klarare, Lundh, Hagelin, Furst & Fossum 2013; Wilson E, Seymour & Aubeeluck 2011). Waldron et al. (2011) uppgav att paramedicinska professioner uppfattade att deras roll omfattar att ge information samt fysiskt, psykiskt, praktiskt och psykologiskt stöd utifrån ett brett holistiskt teambaserat perspektiv. Att bidra till att optimera patientens självständighet i det dagliga livet. Hälso- och sjukvårdspersonal uppgav att palliativ vård syftar till att ge fysiskt, psykiskt, andligt, socialt och emotionellt stöd (Johnson et al. 2011). Personal inom äldreboenden uppgav starka relationer till sina patienter och en känsla av att de ville skydda och vårda dem såsom en familjemedlem. De ville helst att patienten skulle få vara kvar på boendet i trygg miljö under sin sista tid (Philips et al. 2006). Akutsjukvårdspersonal kunde anse att akutmottagningen inte var rätt plats för palliativ vård, även om sjuksköterskorna i teamet ansåg att det var en tillfredställande uppgift att få ge palliativ vård (Smith et al.

2009). Att patienter som kom till sjukhus var i ett tillstånd av snabb försämring innebar att palliativ vård måste ges under stress vilket inte överensstämmer med intentionen i palliativ vårdfilosofi (Slayter, Pienaar, Williams, Proctor & Hewitt 2015).

3.2.2 Rätt tidpunkt

I flera artiklar framkom att det finns en osäkerhet angående definitionen av rätt tidpunkt. Dels för att sända remiss till specialiserad palliativ vård och dels för att bedöma tidpunkt för livets slutfas (Fox et al. 2016; Tan, Bloomer, Digby & O'Connor 2014). Att känna igen döendefasen beskrevs som en särskild utmaning, framförallt för patienter med neurologiska sjukdomar där symptomen kan framstå som oberäkneliga och det är svårt att veta om en försämring kommer gå i regress (Wilson E, Seymour & Aubeeluck 2011). Professioner som arbetade med patienter med demens framhöll svårigheter i att bedöma och undersöka symptom hos patienter som ej kunde kommunicera (Chang et al. 2009). Professioner som arbetade med patienter med Parkinsons sjukdom framhöll att sjukdomen är komplex och kan variera i symptom utifrån respektive patient och i hur snabbt försämring sker. Dock ansåg de även att vården omfattar att kontrollera symptom och att dessa liknar andra patientgruppers behov i livets slut. Paramedicinska professioner beskrev att det fanns problem med rätt tidpunkt för remisser till paramedicinsk personal, i många fall kom remissen först när problem uppstått (Waldron et al. 2011). Tidig vårdplanering och tidiga insatser förespråkades i flera studier (Johnson et al. 2011; Ryan et al. 2011; Wilson E et al. 2011). Wilson E et al. (2011) uppgav att personalen ansåg att ju tidigare samtal om patienters önskingar runt vården hålls, desto troligare är det att dessa kan planeras för och genomföras. I studien av Ryan et al. (2011) lyfte personalen vikten av att planera i god tid och att utveckla samverkan med nyckelpersoner över tid för att underlätta beslut i den palliativa vården.

3.2.3 Det multiprofessionella teamets syn på kommunikation – relation med patient och närstående

Professionerna ansåg att det är en avgörande faktor för vårdens kvalitet att utveckla en nära relation med patienten och närstående. Att känna patienten innebär att kunna tolka och uppfylla önskemål när det inte längre är möjligt med ömsesidig kommunikation (Casey et al. 2011). Paramedicinsk personal betonade att det är viktigt att kartlägga patienters behov och önskemål så tidigt som möjligt. Detta då försämringar gällande kommunikationsförmåga gör att patienter i senare skede kan ha svårt att medverka i

dialog om sin vård (Wilson E et al. 2011). Professionerna arbetade medvetet för att skapa en öppen relation för att kunna ha en dialog om planering och mål för vården. De ansåg att det tar tid att bygga upp förtroende. De använder samtalsteknik som aktivt lyssnande och närvaro och kan på så sätt avgöra när patient och närstående är redo för djupare dialog (Reimer-Kirkham et al. 2016). Enligt Luxardo, Vindrola, Padros & Tripodoro (2014) ansåg mer än hälften av personalen i en studie genomförd i Argentina att närstående har en viktig roll när en patient närmar sig livets slut. De kan ge emotionellt stöd och finnas där för patienten. Några ansåg att närstående kan ha både en positiv och negativ roll, i det senare fallet att till exempel att motsätta sig planerade insatser .

Hälso- och sjukvårdspersonal vilka inte var specialister i palliativ vård kunde vara rädda för eller obekväma i samtal om palliativ vård. Några undvek att samtala med patienten och dennes närstående (Fox et al. 2011). Personal på äldreboenden ansåg att fokus i den palliativa vården var att verka för att patienten skulle känna sig tillfreds och uppleva komfort. De uppmuntrade därför inte samtal om döden då de ansåg att detta kunde uppröra patienten (Casey et al. 2011).

Akutsjukvårdspersonal upplevde att det ofta inte fanns någon dokumentation över den kommunikation som hållits med patienten runt mål och önskemål före sjukhusvistelsen. Det var svårt att hålla dessa samtal med patienten och närstående i en akut situation. Bristande kommunikation med patient, närstående och ordinarie vårdgivare kunde innebära att patienten fick genomgå behandling som inte var önskad. Särskilt läkare funderade över vad detta kunde innebära för patienten och deras efterlevande. Det hände även att närstående gick emot patientens vilja och bad om att patienten skulle få stanna på sjukhus och undergå ytterligare behandling (Smith et al. 2009). Personal påpekade att det krävs engagemang från fler professioner och närstående när patienter är aktuella för palliativ vård. De ansåg att svåra beslut kräver förtroendefulla relationer bland de involverade (Ryan et al. 2011). Om patienten eller närstående inte förstår patientens tillstånd eller förnekar situationen innebär det att den specialiserade palliativa vården kopplas in först i ett sent skede. Medan motsatsen, god kommunikation mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal innebär att tidiga insatser kan ges (Johnson et al. 2011).

3.2.4 Det multiprofessionella teamets syn på kommunikation - relation i team och mellan vårdgivare

Professionerna beskrev att relationsbyggande var en nyckelfaktor i teamen och att de kunde dra fördel av varandras erfarenhet och specialistkunskap (Wilson E et al. 2011). God kommunikation ansågs vara en process som utvecklas över tid och som behöver omfattas av ständigt förbättringsarbete. Professioner som arbetade på landsbygden ansåg att det var svårt att schemalägga möten för specifika dialoger med kollegor, De passade ofta på att kommunicera i vardagliga möten. Detta arbetssätt ansågs fungera för det mesta, men kunde innebära att alla professioner inte fanns närvarande och kunde delta i dialogen. När det fanns förtroende och respekt mellan teamets professioner bidrog det till jämlika relationer oavsett yrkesgrupp. Att professioner från olika vårdgivare kunde mötas fysiskt sågs mer effektivt än att försöka samordna insatser via telefon eller E-post. Vid de fysiska mötena värderades allas åsikt för att arbeta mot gemensamma mål (Gaudet, Kelley & Williams 2014).

En del personal i ett specialiserat team för palliativ vård ansåg att det behövdes ett tydliggörande i ansvarsområden för att det inte skulle bli konkurrens mellan professioner. Om teamets uppgift var oklar kunde professionsgränser och ansvar ifrågasättas och detta i sin tur ansågs vara ett hinder i vården. När det uppstod trötoämnen eller konflikter tog teamet upp det till dialog och löste det (Klarare et al. 2013). Team-kommunikation och gränser ansågs problematiska för de i personalen som fungerade som kontaktpersoner. Detta framförallt om problem i vården uppstod på kvällar och helger. Om roller blandades ihop kunde patient och närstående få olika besked från olika professioner vilket skapade oro (Tan et al. 2014).

Kommunikation, ömsesidigt förtroende, att kunna lita på varandras stöd samt gott om utrymme för att diskutera mål sågs som viktiga för att gott teamarbete. Det framkom även att tydliga roller var en indikator för att teamet utvecklats och nått god samverkan (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm & Radbruch 2007). Enligt Reimer-Kirkham et al. (2016) förbättrades relationer mellan professionerna och därmed vården när god samverkan fanns mellan olika yrkesprofessioner. Det ansågs viktigt att hela teamet kunde dela på ansvaret för att avgöra när patienter var aktuella för palliativ vård till skillnad från om bara läkaren kunde avgöra detta.

Omvårdnadspersonal ansåg att de hade svårt att förmedla subtila förändringar i patientens tillstånd med rätt vokabulär, vilket kunde hindra att adekvata åtgärder sattes in. Sjuksköterskor ansåg att de både behövde ett vardagligt språk i sin kommunikation

med annan personal, samtidigt som de behövde använda ett vedertaget medicinskt språk när de konsulterade läkaren. Dessa kommunikationshinder kunde påverka vården. Både omvårdnadspersonal och sjuksköterskor ansåg att andra specialister, vårdgivare, läkare och ofta närstående kunde ignorera deras kunskap och skicklighet trots att de kände patienten väl. De trodde detta berodde på att det inte ansågs som en specialitet att arbeta inom äldreomsorg och att de hade lägre status (Phillips et al. 2006). Enligt Casey et al (2011) framkom att viss omvårdnadspersonal kunde känna att de inte erhöll tillräckligt med information om sin patient och att de kände sig utestängda. På andra enheter fanns en lärande kultur där personal och enhetschef lärde av varandra.

3.2.5 Det multiprofessionella teamets syn på kunskap och stöd

Flera författare uppgav att det framkom behov av mer kunskap om palliativ vård. Både ur medicinska aspekter såsom vanliga termer som används i palliativ vård (Tan et al. 2014) och definition av palliativ vård (Chang et al. 2009). Kunskap om symtomkontroll, att avgöra rätt tidpunkt för palliativ vård och egen reflektion om attityder gentemot smärta och döden lyftes också (Reimer-Kirkham et al. 2016). Bland de professioner som arbetade med palliativ vård för patienter med specifika diagnoser framkom att förutom kunskap om palliativ vård, behövdes kunskaper i symtom relaterade till den specifika sjukdomen. Att få mer kunskap om demens utifrån diagnos, specifika symtom och läkemedelsbehandling önskades (Chang et al. 2009). Professionerna beskrev behov av mer kunskap om beteendemässiga och psykiska symtom vid demens samt exempelvis smärtskattning för patienter som inte kan kommunicera. Utbildning om ovanstående skulle kunna ge patienter med demens den palliativa vård de har rätt till enligt de intervjuade professionerna (Ryan et al. 2011). De professioner som arbetade med patienter med Parkinsons sjukdom ansåg att Parkinsons är en komplex sjukdom och att det behövs specialistkunskaper. De önskade också mer allmän kunskap om palliativ vård och en definition på densamma (Fox et al. 2016).

Enligt Johnson et al. (2011) framkom erfarenheter av att även närstående och allmänhet behöver kunskap om palliativ vård. Detta då det skulle kunna underlätta att söka eller ta emot palliativa insatser. Fox et al. (2016) beskrev att patienter och närstående behöver stärkas att söka hjälp för symtom av sin Parkinsons sjukdom. Detta genom erbjuda dem utbildning. I samma studie föreslås att genom att medvetandegöra allmänheten om palliativ vård och motverka stigma, så kan möjligheten att erbjuda palliativ vård för patienter som inte har cancer underlättas.

Enligt Casey et al. (2011) beskrev professioner att de kände stöd från enhetschefer och att det gick att erhålla professionell handledning vid behov. På andra enheter var det vanliga att arbeta på som vanligt och hårbärgera känslor. När personal inte kände stöd, hade de svårare att ge stöd till andra .

Enligt Klarare et al. (2013) erbjöds professionerna i deras studie tid för att delta i handledning. Handledningen omfattade uppkomna problem eller ämnen vilka deltagarna önskade samtala om. Alla deltagare i studien deltog i professionell handledning och ansåg det vara en fördel i arbetet. Utöver detta ansåg deltagarna i studien att detta att stödja varandra och närstående i en svår situation var en förutsättning för att fortsätta arbeta i palliativ vård.

Enligt Tan et al. (2014) var personalen orolig då deras organisation inte längre erbjöd debriefing för teamen. De hänvisades istället till ett externt medarbetarstöd. Personalen hade en stark känsla för att erbjuda den bästa palliativa vården, men kunde känna bristande stöd i arbetet. Att få stöd från andra specialister lyftes som viktigt (Ryan et al. 2011; Wilson E et al. 2011).

Enligt Luxardo et al. (2014) uppgav all personal i deras studie att deras liv påverkades av att arbeta i palliativ vård. De kunde se positiva aspekter av arbete i palliativ vård såsom att det bidrog till att uppskatta livet och ta vara på stunden. De uppgav personlig utveckling och att arbetet fick dem att arbeta på sina egna relationer. Några i personalen fokuserade på negativa aspekter som arbetsbelastning, konflikter och att känna sig känslomässigt uttömda. Det upplevdes särskilt svårt att hantera när patienter led av underbehandlad smärta. Personalen såg stöd i de professionella relationerna, att prata med andra, att sätta gränser och att ta hand om sig fysiskt.

3.2.6 Det multiprofessionella teamets syn på organisatoriska aspekter

Professionerna upplevde att det finns hinder i form av bristande resurser, långa väntelistor och geografiska skillnader i tillgång till vård vilket inverkar på den palliativa vården (Fox et al. 2016; Waldron et al. 2011).

Otillräckliga resurser och prioriteringar medförde att akuta problem behövde lösas istället för att arbeta förebyggande. Tillgång till resurser påverkade även teamens sammansättning och hälso- och sjukvårdspersonalens schema. Personal upplevde att det är svårt att ge den döende tillräckligt med tid relaterat till arbetsbelastning. Därav fanns en skillnad mellan vad som personalen ansåg vara god palliativ vård och den vård som kunde ges i realiteten (Casey et al. 2011). Personal upplevde brister i tillgång till tysta

privata rum, extrasängar och mat till närstående. Det saknades även tillgång till psykosocialt stöd på kvällar och helger enligt Tan et al. (2014).

Slayter et al. (2015) beskriver att personal upplevde att tillgång till ett enskilt rum ” The Lotus Room” på sjukhuset bidrog till att patienten kände sig trygg. Även att närstående kunde vara delaktiga, ta hand om sin anhörig och varandra vilket medförde att sorgprocessen underlättades. Enligt Wilson E et al. (2011) fanns en uppfattning av hinder i form av långa leveranstider för kommunikationshjälpmedel, något som upplevdes påverka patientens välmående. Tids- och resursbrist sågs som hinder för palliativ vård, även förseningar när det gällde bostadsanpassningar och hjälpmedel (Waldron et al. 2011).

3.3 Metodologisk aspekt- urval och urvalsprocess i de ingående studierna

De 18 valda ingående artiklarna i föreliggande studie var alla av kvalitativ ansats. Författaren av föreliggande studie har kvalitetsgranskat urval och urvalsprocess utifrån Polit och Beck (2008) samt Forsberg och Wengström (2008) och utifrån dessa tagit ställning till typ av urval, om urvalsprocessen var tydligt beskriven ifråga om hur, var och när deltagare rekryterades samt om deltagarnas karaktäristika var väl beskriven. Artiklarnas urval presenteras i tabell 2, bilaga 1. I sju studier användes enbart strategiskt urval (Carson & Mellpatrick 2013; Gaudet, Kelley & Williams 2014; Klarare et al. 2013; Luxardo et al. 2014; Ryan et al. 2011; Smith et al. 2009; Waldron et al. 2011). I fyra av studierna tillämpades strategiskt urval tillsammans med vad som kunde tolkas som ett bekvämlighetsurval (Chang et al. 2009; Johnson et al. 2011; Reimer-Kirkham et al. 2016; Slayter et al. 2015) . Wilson CM et al. (2017) tillämpade strategiskt urval i kombination med bekvämlighetsurval samt snöbollsurval. Fox et al. (2016) använde strategiskt urval i kombination med begränsat snöbollsurval. Casey et al. (2011) använde strategiskt urval av respondenter efter ett randomiserat urval av enheter. Philips et al. (2006) tillämpade bekvämlighetsurval. I tre av studierna uppgavs inte urvalsmetod, men beskrevs med ord och kunde tolkas som strategiskt urval eller bekvämlighetsurval (Jünger et al. 2007; Tan et al. 2014; Wilson E, Seymour & Aubeeluck 2011). I samtliga artiklar beskrevs var deltagare hade rekryterats, i elva artiklar beskrevs hur deltagare kontaktats och i åtta artiklar beskrevs när studien hade genomförts. I samtliga ingående artiklar beskrevs deltagarnas respektive yrken, i tio studier fanns mer karaktäristika beskriven såsom till exempel deltagarnas kön, ålder och antal år i yrket.

4. DISKUSSION

4.1 Huvudresultat

Det framkom endast två studier vilka enbart beskrev fysioterapeuters erfarenheter. I fem av studierna deltog fysioterapeuter bland respondenterna, men deras svar kunde ej särskiljas och redovisas därför under rubriker för det multiprofessionella teamets erfarenheter. I tre av studierna ingick paramedicinsk personal utan att professionerna specificerades, resterande studier omfattade inte fysioterapeuter som deltagare i det multiprofessionella teamet.

Fysioterapeuter ansåg sig ha flera roller inom palliativ vård vilka överensstämmer med palliativ vårdfilosofi. Skillnader i arbetet jämfört med traditionell rehabilitering innebar till exempel att insatserna gavs kontinuerligt, att prioriteringar skiftade mot mer komfort och stöd och att närstående involverades mer utifrån att patienten försämrades. De upplevde att god relation och kommunikation med patient och team förbättrade vården. Fysioterapeuter kände ett ansvar för att utveckla sin egen men även kollegors och andra aktörers kompetens om fysioterapi i palliativ vård.

Det multiprofessionella teamet uppgav olika definition av palliativ vård. Beroende av inställning kunde denna inverka på vården. I föreliggande studie framkom att det multiprofessionella teamets roll i palliativ vård sågs innebära en teambaserad holistisk syn som syftar till att ge fysiskt, psykiskt, andligt, socialt och emotionellt stöd. Det upplevdes svårt att avgöra när livets slutfas inträdde och rätt tidpunkt för remiss till andra specialiteter var svår att finna. En avgörande aspekt för vården var teamets relation och kommunikation med patient, närstående och varandra. Tidig vårdplanering förespråkades för att kunna uppfylla patientens behov och önskemål. Egen kompetensutveckling och stöd i arbetet lyftes som viktiga aspekter tillsammans med kompetensutveckling för patient och allmänhet samt tillräckliga resurser.

Studierna i de 18 ingående artiklarna var alla av kvalitativ ansats. I 15 artiklar beskrevs urval. Strategiskt urval eller en kombination av strategiskt urval och ytterligare en metod användes i 13 studier. Bekvämlighetsurval användes i en studie och i tre studier uppgavs inte urvalsmetod, men beskrevs med ord.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Fysioterapeuters syn på palliativ vård

Fysioterapeuter ville hjälpa patienter att bibehålla sin självständighet och funktionsförmåga samt uppnå komfort och smärtlindring (Carson & McIlpatrick 2013). Detta utifrån en kontinuerlig vård där både patient och närstående ges stöd utifrån goda relationer och kommunikation samt gott teamarbete (Carson & McIlpatrick 2013; Wilson C M et al. 2017). Detta synsätt stämmer överens med föreliggande litteraturstudies teoretiska referensramar: ”Fysioterapi” som menar att människan ses som en helhet utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter samt att människan har inneboende resurser som kan stimuleras via rörelse (Broberg & Lenné 2017). Vidare ”Peaceful end of life theory” vilken innehåller att ge smärtlindring och komfort, inhämta patientens önskemål, praktisk och känslomässig hjälp och stöd till patient och närstående. Även Omsorgsteorin går att relatera utifrån att människan där ses sträva efter att uppnå sin fulla potential och känna helhet till kropp, själ och ande, där rörelse och kreativitet ingår som en viktig del (Aligod & Tomey 2010). Att hjälpa patienten att bibehålla sin självständighet överensstämmer med personcentrerad vård där en människa ska ses utifrån sina resurser (Hörnsten & Udo 2017).

4.2.2 Det multiprofessionella teamets syn på palliativ vård och ”Rätt tidpunkt”

Multiprofessionella team uppgav olika definition av palliativ vård och vid vilken tidpunkt patienten sågs omfattas av palliativ vård (Fox et al. 2016; Reimer-Kirkham et al. 2016; Smith et al. 2009). Även rätt tidpunkt för remiss till specialiserad palliativ vård var svår att avgöra (Fox et al. 2016; Tan et al. 2014). Enligt socialstyrelsen (2013) så ses ofta den palliativa vården uppdelad i en tidig fas och en sen fas. Den tidiga fasen kan föreligga under en längre tid och där kan livsförlängande insatser förekomma tillsammans med åtgärder som kan innebära högre livskvalitet. Den sena palliativa fasen är ofta kort och huvudmålet med vården och omsorgen är att bidra till god livskvalitet samt lindra lidandet. I båda faserna ska arbetet inbegripa närstående och andra nära involverade i den palliativa vården. Ingång i tidig palliativ fas är inte alltid ett tydligt identifierbart tillfälle. Det beror på vilken typ av sjukdom eller skada som inträffat. Den tidiga fasen sägs ibland börja när den obotliga skadan eller sjukdomen blir känd. Övergången mellan tidig palliativ fas och sen palliativ fas sker ofta successivt och över tid. Sen palliativ fas innebär att döden är oundviklig i en nära framtid, kanske veckor

eller månader. Brytpunkt är ett begrepp som används mellan professioner i hälso- och sjukvården för att känneteckna övergång till olika faser i ett sjukdomsförlopp. Ordet brytpunkt låter specifikt med tanke på att dessa övergångar ofta sker ”flytande”. Enligt socialstyrelsen rekommenderas att kontinuerligt genomföra brytpunktssamtal som en viktig insats inom palliativ vård.

Enligt flera författare uppgav de multiprofessionella teamen att deras roll omfattade en teambaserad holistisk syn (Casey et al. 2011; Klarare et al.2013; Wilson E, Seymour & Aubeeluck 2011) och att ge fysiskt, psykiskt, socialt och emotionellt stöd (Johnson et al. 2011; Waldron et al. 2011). Detta synsätt får stöd i Socialstyrelsens och Världshälsoorganisationens definition av palliativ vård (Socialstyrelsen 2013; Socialstyrelsen 2017b). Den holistiska synen får även stöd i Omsorgsteorin som menar att hälsa är en integrerad aspekt av livet som är beroende av kroppens, själens och andens vitalitet i relation till människans behov och önskemål.

4.2.3 Fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets syn på kommunikation - relation med patient och närstående

Professionerna ansåg att det är en avgörande aspekt för vårdens kvalitet att utveckla en nära relation med patient och närstående (Carson & McIlpatrick 2013; Casey et al. 2011). Professioner som inte var specialiserade i palliativ vård kunde vara obekväma i samtal med patient och närstående (Fox et al.2011), ville inte uppröra patienten (Casey et al. 2011) eller att dialogen var svår att hålla exempelvis på akutsjukhus (Smith et al. 2009). Enligt Svenska palliativ registret (2015) framkommer det att inte alla patienter utan endast 59 % erhåller brytpunktssamtal vilket kan inverka på patientens möjlighet att förmedla önskemål om den sista tiden i livet. Det kan även inverka på vårdens inriktning och teamarbetet. Liknande erfarenheter beskrivs i en case-studie med kvalitativa intervjuer där det framkommer att otydlig kommunikation mellan patienter, närstående och personal är ett hinder för god palliativ vård. Samtidigt var dialogen om hur patienten önskar ha det och var patienten önskade att vården skulle ske ibland svår att hålla. Vissa patienter upplevde sig inte vara i palliativt skede, en del av personalen ville inte fråna ta patienten hoppet genom att ta upp frågan och ibland var lämplig tidpunkt svår att avgöra. En del patienter började själva tala om hur de önskade ha det när det kommer till livets slut. Artikelförfattarnas konklusion var att det bör ges möjlighet för patienten att tala om det (Almack, Cox, Moghaddam, Pollock & Seymour 2012). Katie Eriksson beskriver i omsorgsteorin att människan har längtan och

önsknings (Alligod & Tomey 2010). Författaren till föreliggande litteraturstudie reflekterar över detta och instämmer i att det torde vara viktigt att underlätta för patienten att tala om sina önskemål utifrån olika aspekter av vardagen och livet. Detta kan innebära att olika yrkesprofessioner behöver inbjuda till samtal. Katie Eriksson påtalar även begreppet värdighet, att som människa få vara unik (Alligod & Tomey 2010). Författaren till föreliggande litteraturstudie reflekterar över att samtal med patienten om önsknings kan möjliggöra det som bekräftar det unika.

4.2.4 Fysioterapeuters och de multiprofessionella teamens syn på kommunikation - relation i team och mellan vårdgivare.

Fysioterapeuter upplevde att det fanns kommunikationssvårigheter, men att teamarbetet kunde förbättra kommunikationen mellan yrkesprofessioner (Carson & McIlpatrick 2013). Tydliga roller, kommunikation, ömsesidigt förtroende, tillit och dialog om mål sågs som viktiga av det multiprofessionella teamet (Jünger et al. 2007).

Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor ansåg att kommunikationshinder kunde påverka vården utifrån olika vokabulär (Philips et al. 2006). Likande erfarenheter beskrivs av Walshe, Todd, Caress & Chew-Graham (2008) som menar att samarbete tycks vara beroende av relationer mellan yrkesprofessioner och mellanmänskliga relationer. Hur en teammedlem bedömer andra teammedlemmars kompetens när det gäller arbetssätt, respekt mot andra och kommunikation utifrån tidigare samarbete visade sig ha betydelse.

4.2.5 Fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets syn på kunskap och stöd

Det framkom att professionerna hade behov av mer kompetens både i palliativ vård men även utifrån olika diagnoser som omfattades i vården (Chang et al. 2009; Tan et al. 2014; Wilson C M et al. 2017). Författaren till föreliggande litteraturstudie framförde i introduktionen att grundutbildningarna för de olika yrkesprofessionerna i Sverige inte innehållit så mycket undervisning om palliativ vård tidigare (Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland 2016). Vissa multiprofessionella team beskrev att de fick tillgång till handledning (Casey et al. 2011; Klarare et al. 2013). De kunde även ge stöd till varandra (Klarare et al. 2013; Luxardo et al. 2014). I Sverige erbjöds endast 60 % av personal i kommunal palliativ vård handledning enligt Socialstyrelsens uppföljning 2006 (Socialstyrelsen 2006).

4.2.6 Fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets syn på organisatoriska aspekter

Det kunde vara svårt att få utrustning och hjälpmedel i rätt tid (Carson & McIlfatrick 2013; Waldron et al. 2011; Wilson E et al. 2011). Det fanns tidsbrist och bristande resurser (Fox et al. 2016; Wadron et al. 2011). Otillräckliga resurser medförde att akuta problem behövde lösas istället för möjlighet att arbeta förebyggande. Det fanns en skillnad mellan vad som professionerna ansåg vara god palliativ vård och den vård som kunde ges i realiteten (Casey et al. 2011). I de fall detta är en realitet så är det svårt att arbeta utifrån en personcentrerad vård. Enligt Hörnsten & Udo (2017) framställs ofta personcentrerad vård synonymt med en god humanistisk vård.

4.2.7 Granskning av metodologisk aspekt- urval och urvalsprocess i de ingående studierna

En studies resultat kan avgöras av vald urvalsstrategi. Urvalet behöver överensstämma med syftet. Kvalitativa urvalsstrategier används för att ge en djup förståelse för det studerade området och vanligen inte för att ge möjlighet att generalisera resultat (Forsberg & Wengström 2008). Olsson och Sörensen (2007) menar att kvalitativ forskning ofta omfattar en liten undersökningsgrupp men ett stort antal variabler. I sju av de ingående studierna användes enbart strategiskt urval (Carson & McIlfatrick 2013; Gaudet, Kelley & Williams 2014; Klarare et al. 2013; Luxardo et al. 2014; Ryan et al. 2011; Smith et al. 2009; Waldron et al. 2011). I fyra av studierna tillämpades strategiskt urval tillsammans med vad som kunde tolkas som ett bekvämlighetsurval (Chang et al. 2009; Johnson et al. 2011; Reimer-Kirkham et al. 2016; Slayter et al. 2015). Wilson CM et al. (2017) tillämpade strategiskt urval i kombination med bekvämlighetsurval samt snöbollsurval. Fox et al. (2016) använde strategiskt urval i kombination med begränsat snöbollsurval. Casey et al. (2011) använde strategiskt urval av respondenter efter ett randomiserat urval av enheter. Philips et al. (2006) tillämpade bekvämlighetsurval. I tre av studierna uppgavs inte urvalsmetod, men beskrevs med ord och kunde tolkas som strategiskt urval eller bekvämlighetsurval (Jünger et al. 2007; Tan et al. 2014; Wilson E, Seymour & Aubeeluck 2011). Enligt Polit och Beck (2008) och Forsberg och Wengström (2008) används strategiskt urval för att hitta deltagare som kan bidra mest rörande forskningsfrågan. Polit och Beck (2008) menar att det kan innebära att välja deltagare med olika bakgrund samt med olika perspektiv och synsätt. Snöbollsurval används vanligen också för att hitta deltagare som har mycket information att ge. Snöbollsurval kan även användas så att redan tillfrågade informanter

får ge förslag på andra tänkbara deltagare (Forsberg & Wengström 2008). Bekvämlighetsurval används när forskare önskar att deltagare själva anmäler sig till studien, till exempel när forskarna beroende på forskningsfrågan inte i förväg känner till var lämpliga informanter finns. Denna metod har tydliga begränsningar då ett bekvämlighetsurval kanske inte ger de mest informationsrika deltagarna (Polit & Beck 2008). Forsberg och Wengström (2008) menar att det är viktigt att urval och urvalsstrategin är tydligt beskriven och genomförd för att erhålla deltagare med mycket information om forskningsfrågan. Detta för att läsaren ska kunna värdera studien. Författaren till föreliggande litteraturstudie har redovisat att i 15 av de 18 ingående artiklarna uppgavs urval och urvalsstrategi och i resterande tre beskrevs detta med ord. Strategiskt urval var den mest förekommande strategin. I sju av artiklarna användes en kombination av urvalsstrategier, författaren förmodar att detta genomfördes i syfte att öka möjligheten att finna informationsrika deltagare. I samtliga artiklar beskrevs var deltagare hade rekryterats, i elva artiklar beskrevs hur deltagare kontaktats och i åtta artiklar beskrevs när studien hade genomförts. I samtliga ingående artiklar beskrevs deltagarnas respektive yrken, i tio studier fanns mer karaktäristika beskriven såsom till exempel deltagarnas kön, ålder och antal år i yrket. Att antal deltagare är tillräckligt för vald ansats och att urvalsstrategin är ändamålsenlig för att ge informationsrika deltagare är väsentligt enligt Polit och Beck (2008). Författaren till föreliggande litteraturstudie menar att det fanns en variation i de ingående artiklarnas studier avseende typ av enheter från vilka deltagare rekryterades, geografisk tillhörighet och representerade yrkesprofessioner. Antal deltagare i de ingående artiklarna varierade mellan 4-62 (median 26.5, medel 29.2).

4.3 Metoddiskussion

4.3.1 Design

Författaren valde att genomföra en deskriptiv litteraturstudie för att inventera och sammanställa den forskning som fanns utifrån valt syfte enligt Polit & Beck (2008). Syftet var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter samt det multiprofessionella teamets erfarenheter, utifrån arbete i palliativ vård för äldre inom olika kontexter. Författaren till föreliggande studie valde 18 ingående artiklar vilka utgjordes av empiriska studier. Enligt Polit och Beck (2008) bör litteraturstudien vila på primärkällor.

4.3.2 Sökstrategi

Författaren ansåg att det var av vikt att starta sökningen genom att först formulera syfte och frågeställningar utifrån introduktion och problemformulering. Detta förfaringsätt stöds av både Polit och Beck (2008) och Forsberg och Wengström (2008). Författaren ville ha ett brett utbud av relevanta artiklar och genomförde identiska sökningar i databaserna PubMed och Cinahl. Dessa databaser innehåller enligt Forsberg och Wengström (2008) forskning från medicin, omvårdnad, fysioterapi och arbetsterapi. Då det var få eller inga träffar för vissa sökordskombinationer användes ett flertal olika kombinationer av både MeSH-termer/major headings samt fritext-termer. Författaren valde sökord utifrån nyckelord i syftet och frågeställningarna samt därefter utifrån nyckelord i funna artiklar vilket är en metod som beskrivs av Polit och Beck (2008). I tillägg tillämpade författaren manuell sökning via de möjliga artiklarnas referenslistor, vilket ansågs nödvändigt för att finna ytterligare artiklar vilka kunde besvara studiens syfte. En svaghet var således att trots många genomlästa titlar framkom få relevanta artiklar framför allt gällande fysioterapeuters erfarenheter men även gällande det multiprofessionella teamets erfarenheter. Detta kan bero på att det finns få artiklar skrivna alternativt att de var indexerade under andra söktermer till exempelvis under vissa diagnoser. En tredje orsak kan vara att sökstrategin inte var effektiv i alla avseenden.

4.3.3 Urvalskriterier

Alla valda artiklar var av kvalitativ ansats. Författaren anser att denna ansats passade väl in mot syftet och frågeställningarna som omfattade att beskriva erfarenheter. Författaren grundade sitt val på att enligt Forsberg & Wengström (2008) så innebär den kvalitativa metoden att skapa förståelse och mening samt att tolka människans subjektiva upplevelse av ett fenomen. Det råder i dag konsensus angående att val av metod avgörs av forskningsfrågan, enligt Polit och Beck (2008) erkänner forskare inom kvalitativ forskning människan som en komplex varelse med förmåga att skapa egna erfarenheter. Forskningen lägger också tonvikten på att förstå den upplevda erfarenheten. Författaren anser att det var en styrka att urvalskriterier var noggrant beskrivna vilket underlättade inkludering/exkludering utifrån syftet. Författaren menar att en styrka vid litteraturgenomgången var att artiklar som omfattade olika vårdgivare, länder och diagnoser inkluderades då palliativ vård bedrivs inom många olika kontexter och att det fanns en möjlighet att uppfatta gemensamma teman eller skillnader samt ge en bredare internationell bild av forskningsfrågan. Urvalskriterier som innebar fulltext

och att artiklarna skulle vara kostnadsfria ansågs vara en svaghet då det kan ha funnits fler artiklar med relevans för studien. Det var en svaghet att få artiklar enskilt beskrev fysioterapeuters erfarenheter, men en styrka att fysioterapeuter ingick som respondenter i flera av artiklarna som beskrev det multiprofessionella teamets erfarenheter.

4.3.4 Dataanalys

Författaren identifierade först artiklarnas titlar utifrån sökningarna. Av ett större antal genomlästa titlar var det en mindre andel abstracts som möjligen kunde motsvara syftet. Dessa granskades mer noggrant samt att de senare valda artiklarna lästes först i sin helhet och därefter lästes resultatet flera gånger.

Vid genomläsning färgkodades resultatet i marginalen för de textavsnitt där författaren fann återkommande teman vilka ansågs kunna besvara syftet och frågeställningarna. Artiklarna sammanställdes i två översiktstabeller för att underlätta analys och resultatet skrevs sedan i löpande text. Författaren strävade efter att följa ett vetenskapligt tillvägagångssätt beskrivet av Polit och Beck (2008). Forsberg och Wengström (2008) menar att tillförlitlighet kan ökas genom att flera forskare samverkar i analys av resultat. Föreliggande studie hade endast en författare vilket kan innebära en svaghet.

4.3.5 Forskningsetiska överväganden

Författaren ansåg att det var en styrka att samtliga ingående artiklar var forskningsetiskt godkända, att författaren strävade efter att redovisa resultatet objektivt utan egna värderingar samt att författaren redovisade alla artiklar som besvarade studiens syfte och frågeställningar. Det kan också vara en styrka att författaren använde sig av vedertagna källor för översättning av ord och begrepp vid behov då samtliga ingående artiklar var på engelska.

4.4 Kliniska implikationer

Författaren anser att det utifrån funna artiklar torde finnas en brist på forskning om både fysioterapeuters och det multiprofessionella teamets erfarenheter av arbete i palliativ vård. Resultatet av föreliggande studie får tolkas med försiktighet.

Författaren förslår att ytterligare forskning om detta skulle kunna förbättra vården exempelvis då evidens finns för många åtgärder inom fysioterapi men litet forskning om hur fysioterapeuter upplever att arbete i palliativ vård fungerar och vad som kommer patienten till godo av evidensbaserade åtgärder. Då teamarbete internt och externt tycks

ha en stor betydelse för en kontinuerlig och god palliativ vård med rätt insatser vid de rätta tidpunkterna torde det vara viktigt med stöd för teamens arbete och att möjlighet till samverkansforum uppmärksammas. Slutligen föreslår författaren att professioner som arbetar med palliativ vård skulle kunna dra fördel av önskad kompetensutveckling inom palliativ vård och olika diagnoser. Vidare även utbildning i svåra samtal då det i resultatet av föreliggande studie framkommer att god relation och kommunikation med patient och närstående har stor betydelse för att kunna uppfylla patienters behov och önskningar i livets slut.

4.5 Slutsats

Fysioterapeuter och det multiprofessionella teamet såg sin roll och arbetade utifrån en palliativ grundfilosofi men det fanns olika uppfattningar om definition av palliativ vård och när patienten ansågs omfattas av palliativ vård. Professionerna ansåg att det var av stor betydelse med en god relation och kommunikation med patient och närstående samt med det egna teamet och samverkanspartners. Dock fanns kommunikationssvårigheter som behövde överbryggas. Det framkom behov av kompetensutveckling för både professioner, patienter, närstående och allmänheten för att tillgodose god palliativ vård.

Referenser

*Refererar till ingående artiklar i föreliggande litteraturstudie

Alligod, M R. & Marriner Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. 7. uppl., USA: Mosby Elsevier.

Almack, K., Cox, K., Moghaddam, N., Pollock, K. & Seymour, J. (2012). After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC palliative care*, 11(1), p.15.

DOI: [10.1186/1472-684X-11-15](https://doi.org/10.1186/1472-684X-11-15)

Andersson, M., Hallberg, I.R. & Edberg, A.K. (2008). Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), ss.818-828.

DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003)

Bausewein, C., Booth, S., Grysel, M. & Higginson, I. (2008). Non- pharmaceutical interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non- malignant diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. April 16: (2).

Broberg C & Tyni-Lenné R. (2017). *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. (Antogs av Fysioterapeuternas förbundsstyrelse 14:e december 2016). Stockholm: Fysioterapeuterna.

<http://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/webb-fysioterapi-vetenskap-och-profession-20160329.pdf> (2017-04-22)

*Carson, K. & McIlpatrick, S. (2013). More than physical function? Exploring physiotherapists' experiences in delivering rehabilitation to patients requiring palliative care in the community setting. *Journal of palliative care*, 29 (1), ss.36-44.

PMID: 23614169

*Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, K. & O'Shea, E (2011). Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal Of Clinical Nursing*, 20

(13/14), ss. 1824-1833.

<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/j.1365-2702.2010.03628.x>

*Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Stewart, H., Noel, M. & Hancock, K. (2009). Challenges for professional care of advanced dementia. *International Journal Of Nursing Practice*, 15(1), ss. 41-47.

<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/j.1440-172X.2008.01723.x>

Cramp, F. & Byron-Daniel, J. (2012) Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11.

DOI: 10.1002/14651858.CD006145.pub3.

Cronfalk, B.S., Strang, P., Ternstedt, B.M. & Friedrichsen, M. (2009). The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care—an intervention. *Supportive care in cancer*. 17(9), ss. 1203-1211.

DOI: [10.1007/s00520-008-0575-1](https://doi.org/10.1007/s00520-008-0575-1)

Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomized clinical trials. *Supportive Care in Cancer*, 17(4), ss. 333-337. DOI: [10.1007/s00520-008-0569-z](https://doi.org/10.1007/s00520-008-0569-z)

*Fox, S., Cashell, A., Kernohan, W.G., Lynch, M., McGlade, C., O'Brien, T., O'Sullivan, S.S. & Timmons, S. (2016). Interviews with Irish healthcare workers from different disciplines about palliative care for people with Parkinson's disease: a definite role but uncertainty around terminology and timing. *BMC palliative care*, 15(1), p.15.

DOI: [10.1186/s12904-016-0087-6](https://doi.org/10.1186/s12904-016-0087-6)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 2. uppl., Stockholm: Natur och kultur.

Fridegren, I. & Lyckander, S. (2009). *Palliativ vård*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB.

Frymark, U., Hallgren, L. & Reisberg, A. (2009). *Sjukgymnastik i Palliativ vård, en klinisk handbok*. Stockholm: Palliativt Centrum, Stiftelsen Stockholms sjukhem.
<http://www.stockholmsjukhem.se/Documents/SPN/Sjukgymnastik%20i%20palliativ%20v%C3%A5rd%20-%20en%20klinisk%20handbok%20oktober%2009.pdf> (2017-04-22)

*Gaudet, A., Kelley, M.L. & Williams, A.M. (2014). Understanding the distinct experience of rural interprofessional collaboration in developing palliative care programs. *Rural Remote Health*, 14(2), p.2711.
PMID: 24825066

Hurlow, A., Bennett, M.I., Robb, K.A., Johnson, M.I., Simpson, K.H. & Oxberry, S.G. (2012). Transcutaneous electric nerve stimulation (tens) for cancer pain in adults (review). *Cochrane Database syst.* 14(3).
DOI: [10.1002/14651858.CD006276.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006276.pub3)

Hörnsten, Å. & Udo, C. (2017). *Personcentrerad vård*.
http://www.varhandboken.se/Texter/Bemotande-i-vard-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad_vard/ (2017-04-22)

Jane, S.W., Wilkie, D.J., Gallucci, B.B., Beaton, R.D. & Huang, H.Y. (2009). Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a pilot study. *Journal of pain and symptom management*, 37(4), ss. 754-763.
DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2008.04.021](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.021)

*Johnson, C., Girgis, A., Paul, C., Currow, D.C., Adams, J. & Aranda, S. (2011). Australian palliative care providers' perceptions and experiences of the barriers and facilitators to palliative care provision. *Supportive Care in Cancer*, 19 (3), ss. 343-351.
DOI: [10.1007/s00520-010-0822-0](https://doi.org/10.1007/s00520-010-0822-0)

*Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative medicine*, 21(4), ss. 347-354.

DOI: [10.1177/0269216307078505](https://doi.org/10.1177/0269216307078505)

*Klarare, A., Hagelin, C.L., Fürst, C.J. & Fossum, B. (2013). Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *Journal of palliative medicine*, 16(9), ss.1062-1069. DOI: [10.1089/jpm.2012.0622](https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0622)

Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B.K., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T.E., Bryant, L.L. & Fairclough, D.L. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Annals of internal medicine*, 149(6), ss.369-379.

PMCID: [PMC2631433](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC2631433/)

Lindqvist, O. & Fürst C. J. (2014). Tema: Dödsplats Sverige. Palliativ vård nr 3. <https://www.nrvp.se/wp-content/uploads/2012/10/D%C3%B6dsplats-Sverige-Olav-Lindqvist-Carl-Johan-F%C3%BCrst.pdf>

*Luxardo, N., Vindrola Padros, C. & Tripodoro, (2014). Palliative Care Staff Perspectives - The Challenges of End-of-life Care on Their Professional Practices and Everyday Lives. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*, 16(3), ss. 165-172. <http://journals.lww.com/jhpn/pages/articleviewer.aspx?year=2014&issue=05000&article=00010&type=abstract>

Mishra, S.I., Scherer, R.W., Snyder, C., Geigle, P.M., Berlanstein, D.R. & Topaloglu, O. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008465.pub2/abstract>

Montagnini, M., Lodhi, M. & Born, W. (2003). The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *Journal of palliative medicine*, 6(1), ss.11-17.

DOI: [10.1089/10966210360510073](https://doi.org/10.1089/10966210360510073)

Nelson, L., Hasson, F. & Kernohan, G. (2012). Exploring district nurses' reluctance to refer palliative care patients for physiotherapy. *International journal of palliative nursing*, 18(4), ss.163-170.

DOI: [10.12968/ijpn.2012.18.4.163](https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.4.163)

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 2. uppl., Stockholm: Liber.

Oldervoll, L.M., Loge, J.H., Paltiel, H., Asp, M.B., Vidvei, U., Wiken, A.N., Hjermstad, M.J. & Kaasa, S. (2006). The effect of a physical exercise program in palliative care: a phase II study. *Journal of pain and symptom management*, 31(5), ss.421-430.

DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2005.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.10.004)

*Phillips, J., Davidson, P.M., Jackson, D., Kristjanson, L., Daly, J. & Curran, J. (2006). Residential aged care: the last frontier for palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), ss.416-424. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.03945.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03945.x)

Polit, D. & Beck, C.T. c (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 2. uppl., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regionalt cancercentrum: Stockholm Gotland (2016).

Palliativ vård i livets slutskede - Nationellt vårdprogram. (2016). Landstingens och regionernas nationella samverkansgrupp inom cancervården. Stockholm- Gotland.

[http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-
vard/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf](http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativvard/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf) (2017-04-22)

*Reimer-Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., Cochrane, M. & Stajduhar, K. (2016). Close to 'a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *Journal of clinical nursing*, 25(15-16), ss. 2189-2199. DOI: [10.1111/jocn.13256](https://doi.org/10.1111/jocn.13256)

Robb, K., Oxberry, S., Bennett, M., Johnson, M., Simpson, K. & Searle, R. (2009). A Cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain. *Journal of pain and symptom management*. 37(4), ss. 746-53.

DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2008.03.022](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.03.022)

*Ryan, T., Gardiner, C., Bellamy, G., Gott, M. & Ingleton, C. (2011). Barriers and facilitators to the receipt of palliative care for people with dementia: the views of medical and nursing staff. *Palliative medicine*, 26(7), ss.879-886.

DOI: [10.1177/0269216311423443](https://doi.org/10.1177/0269216311423443)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet

Sims, S., Hewitt, G. & Harris, R. (2015). Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional care*, 29(1), ss.20-25.

DOI: [10.3109/13561820.2014.939745](https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939745)

*Slatyer, S., Pienaar, C., Williams, A.M., Proctor, K. & Hewitt, L. (2015). Finding privacy from a public death: a qualitative exploration of how a dedicated space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families. *Journal of clinical nursing*, 24(15-16), ss.2164-2174.

DOI: [10.1111/jocn.12845](https://doi.org/10.1111/jocn.12845)

*Smith, A.K., Fisher, J., Schonberg, M.A., Pallin, D.J., Block, S.D., Forrow, L., Phillips, R.S. & McCarthy, E.P. (2009). Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 54(1), ss.86-93. DOI: [10.1016/j.annemergmed.2008.08.022](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.08.022)

Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i kommuner och Landsting*. Stockholm.

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_200610391.pdf (2017-04-22)

Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Vägledning rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2017 a). *Socialstyrelsens termbank(internet)*. Stockholm.
<http://termbank.socialstyrelsen.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=multiprofessionellt+team&fSubject=0.0.0> (2017-04-22)

Socialstyrelsen (2017 b). *Socialstyrelsens termbank (internet)*. Stockholm
<http://termbank.socialstyrelsen.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=palliativ+v%C3%A5rd&fSubject=0.0.0> (2017-04-22)

Strang, P. & Beck- Friis, B. (red.) (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber AB

Svenska Palliativ registret (2015). *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2015*. Kalmar: Svenska Palliativ registret .
<http://media.palliativ.se/2016/05/A%CC%8Arsrapport2016OrigGF.pdf>
(2017-04-22)

Svenska palliativregistret (2017a). *Svenska Palliativregistrets kunskapsstöd*. Kalmar: Svenska palliativ registret. <http://media.palliativ.se/2015/08/Brytpunkt20111.pdf>
(2017-04-21)

Svenska palliativ registret (2017 b). *Svenska palliativ registrets realtidsrapport*. Kalmar: Svenska palliativ registret. <http://palliativ.se/> (2017-04-23)

*Tan, H., Bloomer, M., Digby, R. & O'Connor, M. (2014). End-of-life care in an Australian rehabilitation facility for older people: staff focus groups. *Death studies*, 38(3), ss.186-193.
<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1080/07481187.2012.738773>

*Waldron, M., Kernohan, W.G., Hasson, F., Foster, S., Cochrane, B. & Payne, C. (2011). Allied health professionals' views on palliative care for people with advanced Parkinson's disease. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(1), ss.48-58.
http://uir.ulster.ac.uk/17068/1/Allied_Health_Professionals'_Views_on_Palliative_Care_for_People_with_Advanced_Parkinson's_Disease.pdf

Walshe, C., Todd, C., Caress, A.L. & Chew-Graham, C. (2008). Judgements about fellow professionals and the management of patients receiving palliative care in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 58(549), ss.264-272.

PMCID: [PMC2277112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2277112/)

*Wilson, C.M., Stiller, C.H., Doherty, D.J. & Thompson, K.A. (2017). The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, p.1049909115604668.

DOI : [10.1177/1049909115604668](https://doi.org/10.1177/1049909115604668)

*Wilson, E., Seymour, J. & Aubeeluck, A. (2011). Perspectives of staff providing care at the end of life for people with progressive long-term neurological conditions. *Palliative & Supportive Care*, 9 (4), ss. 377-385.

https://www-cambridge-org.webproxy.student.hig.se/core/services/aop-cambridge-core/content/view/AB23C5967893EE988D93440CA5F4DF2C/S1478951511000393a.pdf/perspectives_of_staff_providing_care_at_the_end_of_life_for_people_with_progressive_longterm_neurological_conditions.pdf

Yoshioka, H. (1994). Rehabilitation for the terminal cancer patient. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 73(3), ss.199-206. PMID:7515247

Bilaga 1

Tabell 2 . Artikelöversikt

Författare År Land	Titel	Design och eventuell ansats	Undersökningsgrupp Urvalsprocess Etisk prövning	Datainsamling s metod	Dataanalys Metod
Carson, K. & McIlpatrick, S. (2013). Storbritannien.	More than Physical Function? Exploring Physiotherapists' experiences in delivering rehabilitation to patients requiring palliative care in the community setting	Utforskande design Kvalitativ ansats	Ett strategiskt urval tillämpades utifrån ett ” Health and social care trust” i Storbritannien. (N=11) fysioterapeuter deltog efter att ha blivit informerade och tillfrågade av forskningsledaren under ett kommunalt fysioterapeutmöte. Samtliga var kvinnor och hade arbetat som fysioterapeuter mellan 11-33 år varav 3-25 år inom kommunal verksamhet. De flesta arbetade med patienter > 65 år med en variation av diagnoser boende i både i stadsmiljö och i lantlig miljö. Studien godkändes av ett kansli för forskningsetik på Norra Irland samt Ulsters universitet. Deltagarna gav sitt skriftliga samtycke efter information och försäkran om full anonymitet.	Semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide. reflektionsdagbok fördes under datainsamlingen	Innehållsanalys enligt Newell och Burnard (2006)
Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, A. & O’Shea, E. (2011). Irland.	Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland	Grounded theory design och ansats	Ett randomiserat urval av sex vårdenheter gjordes utifrån 327 tänkbara på Irland. Detta utifrån inklusionskriterier för att få ett representativt urval. Ett akutsjukhus, två offentliga vårdhem i olika miljö, två privata äldreboenden i olika miljö samt en vårdenhet kopplad till ett center för palliativ vård. Därefter användes ett strategiskt urval där inbjudna sjuksköterskor sedan föreslog ytterligare respondenter, totalt (N= 33). Fyra män och 29 kvinnor med yrken som sjuksköterska (N=20), allmänläkare (N=2), arbetsterapiassistent (N=1), Fysioterapiassistent (N=1), omvårdnadspersonal (N=9). Endast tolv deltagare hade deltagit i en specialistutbildning eller studiedag i palliativ vård. Studien godkändes av universitetets forskningsetiska kommitté. Informerat samtycke inhämtades. Deltagarna försäkrades om anonymitet.	Semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide. Epidemiologiska data angående enheter för palliativ vård samt personalantal, utbildning och utbildningsbehov inhämtades från de 327 enheterna via en enkät.	Grounded theory och konstant jämförande metod enligt Glaser & Strauss (1967), öppen kodning enligt Strauss & Corbin (1998), kategorier enligt Charmaz (1990) och Bluff (2005)

<p>Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Stewart, H., Noel, M & Hancock, K. (2009). Australien.</p>	<p>Challenges for professional care of advanced dementia</p>	<p>Aktionsforskning Kvalitativ ansats</p>	<p>Deltagare till fem fokusgrupper rekryterades via nyhetsbrev, telefonkontakt, teammöten, brev samt direktkontakt via projektledare och chefer på enheterna. Representerade yrken var: Läkare, sjuksköterskor från palliativ specialistvård (N=5)/psykiatriiskt team (N=2-)/äldreomsorgskonsultsköterska (N=1)- akutsjukvårdsjuksköterska (N=1), volontärer och volontärsamordnare, socialarbetare (N=1), medarbetare från ett äldreboende inkluderat sjuksköterskor (N=3), rekreationsterapeut (N=1), sjuksköterskeassistent (N=1).</p> <p>Deltagare till tretton intervjuer valdes ut via strategiskt urval med hjälp av sjuksköterskechef. Projektledaren tog sedan kontakt via brev eller personligen. Deltagarnas yrken: Chefer (N=2), sjuksköterskor (N=5), sjuksköterskeassistent (N=4), ”Diversional therapist”(N=2) Ytterligare sju deltagare identifierades inkluderat: Hälso-och sjukvårdspersonal, ”specialist medical officer”, sjuksköterska specialist i psykiatri, sjuksköterska specialist i geriatrik, arbetsterapeut, rådgivare vid dödsfall.</p> <p>Studien godkändes av forskarnas universitet samt av etisk kommitté tillhörande hälso- och sjukvårdsorganisationen. Samtycke och anonymitet försäkrades.</p>	<p>Fokusgrupper och enskilda intervjuer med semistrukturerade frågor</p>	<p>Konstant jämförande metod</p>
<p>Fox, S., Cashell, A., Kernohan, W. G., Lynch, M., McGlade, C., O'Brien, T., O'Sullivan, S. S. & Timmons, S. (2016). Irland.</p>	<p>Interviews with Irish healthcare workers from different disciplines about palliative care for people with Parkinson's disease: a definite role but uncertainty around terminology and timing</p>	<p>Kvalitativ, utforskande, induktiv design</p>	<p>Étt strategiskt urval användes med utgångspunkt från styrgruppens kännedom om hälso- och sjukvårdspersonal vilka arbetade med Parkinsonpatienter eller palliativ vård. Därefter adderades ytterligare deltagare inom akut sjukvård eller kommunal hälso- och sjukvård via begränsat snöbollsurval. Sammanlagt antal (N=30). Huvudforskaren tog personlig kontakt med deltagarna vilka var okända för hen. Deltagarna arbetade inom akut sjukvård, dagsjukvård, hospice, kommunal sjukvård samt äldreboenden. Deltagarnas yrken: Sjuksköterskor (N=6), sjuksköterskechef (N=5), geriatrisk konsult (N=3), neurologkonsult (N=3), Specialistsjuksköterska palliativ vård (N=2), fysioterapeut äldreomsorg (N=2), Konsultpalliativ vård (N= 1), konsultläkare (N=1), ”registrar” (N= 1), specialistsjuksköterska neurologi (N=1), specialistsjuksköterska äldreomsorg (N=1), sjuksköterska Rehab (N=1), logoped (N=1), arbetsterapeut (N=1), utvecklingsledare (N=1)</p> <p>Fyra var män och 26 kvinnor, tiden för arbete på nuvarande plats 0.5-15 år. De träffade i genomsnitt 16 Parkinson patienter per månad.</p> <p>Studien godkändes av etisk kommitté för klinisk forskning i Cork. Muntligt och skriftligt samtycke inhämtades.</p>	<p>Djupintervjuer med stöd av en semistrukturerat Intervjuschema.</p> <p>En dagbok för reflektioner användes under datainsamling samt analys.</p> <p>Demografiska data samlades in via en enkel enkät.</p>	<p>Tematisk analys</p>

Gaudet, A., Kelley, M. L. & Williams, A. M. (2014). Kanada.	Understanding the distinct experience of rural interprofessional collaboration for developing palliative care programmes	Naturalistisk, etnografisk design Kvalitativ ansats	Strategiskt urval användes. Deltagarna rekryterades från palliativa team i fyra landsbygdskommuner i Ontario. Intervjuer med representanter för de fyra kommunerna samt en utvecklingsledare genomfördes (N=4). Sedan gjorde observationer vid två teammöten. Professioner som ofta ingick i teamen var sjuksköterskor, socialarbetare, volontär från hospice samt läkare. Studien godkändes av den etiska granskningskommittén vid Lakehead universitet.	Kvalitativa intervjuer med stöd av en semistrukturerad intervjuguide. Observationer gjordes under två teammöten.	Induktiv analys
Johnson, C., Girgis, A., Paul, C., Currow, D. C., Adams, J. & Aranda, S.(2011). Australien.	Australian palliative care providers' perceptions and experiences of the barriers and facilitators to palliative care provision	Utforskande design	Två fokusgrupper hölls vid en årlig konferens för sjuksköterskor inom palliativ vård, två hölls i större städer och en på ett regionalt sjukhus i New South Wales. Urvalsmetod varierade för de olika grupperna, informationsbrev under konferensen, strategiskt urval för det regionala sjukhuset samt de övriga två fokusgrupperna. Kontakter skedde via enheternas chefer och forskargruppen. Deltagande yrkesgrupper: Sjuksköterskor (N=35), Akademisk sjuksköterska (N=1), Logoped (N=1), Chef (N=1), socialarbetare (N=4), Röntgenonkolog (N=1), arbetsterapeut (N=1), Läkare inom palliativ vård (N=2). Studien godkändes av den forskningsetiska kommittén på Newcastles universitet samt en annan forskningsetisk kommitté. Aktivt samtycke inhämtades.	Fokusgrupper med stöd av frågeguide och fältanteckningar	Induktiv och deduktiv tematisk analys
Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N.& Radbruch, L. (2007). Tyskland.	Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams	Kvalitativ design och ansats	Alla kärnmedlemmar i det palliativa teamet på Aachens universitetssjukhus rekryterades (N=19). Deltagarnas yrken: Sjuksköterska (N=11), Psykolog (N=1), läkare (N=5), sekreterare (N=2). Deras ålder var mellan 35-49 år, 13 var kvinnor och sex män och de hade i medeltal arbetat med palliativ vård 10.53 år. Studien godkändes av den etiska kommittén och PUL-ansvarig vid Aachens universitetssjukhus. Informerat samtycke inhämtades.	Semistrukturerade öppna intervjuer	Kvalitativ innehållsanalys

Klarare, A., Lundh- Hagelin, C., Furst, C. J. & Fossum, B. (2013). Sverige.	Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study	Kvalitativ ansats	Strategiskt urval användes för att rekrytera fem deltagande team, (N=15). Inklusionskriterier var hälso- och sjukvårdspersonal vilka arbetade i specialistteam inom palliativ vård. Teamen hade olika geografisk tillhörighet, varierade i storlek och kom från både städer och landsbygd. Deltagande yrkesprofessioner: Sjuksköterska (N=5), Läkare (N=5), paramedicinsk personal * (N=3), Socialarbetare (N=1), sjuksköterskeassistent (N=1). Deltagarnas ålder varierade mellan 30-70 år, elva var kvinnor och fyra män. De hade arbetat mellan 5-30 år inom palliativ vård. */ I resultatet framkommer att fysioterapeuter ingick bland intervjuad paramedicinsk personal. Studien godkändes av den regionala etiska granskningskommittén i Stockholm.	Intervjuer med öppna frågor och stöd av en intervjuguide och fältanteckningar.	Innehållsanalys enligt Malterud (2001)
Luxardo, N., Vindrola Padros, C. & Tripodoro, V. (2014). Argentina	Palliative Care Staff Perspectives-The Challenges of End-of- life Care on Their Professional Practices and Everyday Lives	Utforskande design, konstruktivistisk grounded theory-design	Strategiskt urval av 40 deltagare, 32 returnerade enkäten och 30 enkäter kunde analyseras. Urvalskriterier var mer än två års erfarenhet av arbete i palliativ vård samt formell vidareutbildning i palliativ vård. 23 deltagare var kvinnor och sju män, ålder varierade mellan 29-72 år. Deltagarnas yrken: läkare (N=10), socialarbetare (N=6), psykolog (N=5), sjuksköterskor(N=5), volontär (N=4). 22 deltagare kom från Buenos Aires, fyra från landsbygden och fyra från andra länder. Alla arbetade vid olika vårdenheter. Forskningsprotokollet godkändes av granskningskommittéer hos de deltagande institution Pallium CONCIET och Instituto Lanari. Anonymitet försäkrades.	Enkät med öppna frågor	Konstant jämförande metod
Philips, J., Davidson, P.M., Jackson, D., Kristjanson, L., Daly, J & Curran, J. (2006). Australien.	Residential aged care: the last frontier for palliative care	En fokusgrupp- studie som en första upprepning i en aktionsforsknings process för att integrera en palliativ approach i äldreboenden	Ett bekvämlighetsurval (N=60) som bestod av sjuksköterskor (N=25), omvårdnadspersonal (N=25) och sjuksköterskechefer (N=10) som var anställda i lokala äldreboenden. Studien godkändes av en etisk kommitté inom hälso- och sjukvårdsforskning.	Fokusgrupper med stöd av en frågeguide.	Tematisk innehållsanalys enligt Burnard (1991)

Reimer Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., Cochrane, M. & Stajduhar, K. (2016). Kanada.	“Close to a palliative approach”: nurses` and care aides descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions	Tolkande, beskrivande design Kvalitativ ansats	Rekrytering skedde via en större enkätundersökning med möjlighet att anmäla intresse för deltagande i studien. 247 personer anmälde intresse (N= 30) valdes ut via ett strategiskt urval samt beroende av tillgänglighet. Deltagarnas yrken: sjuksköterskor (N=25), omvårdnadspersonal (N=5). Majoriteten arbetade inom hemsjukvård eller äldreomsorg, tre deltagare arbetade i akutsjukvård. Deltagarnas ålder varierade mellan 27-64 år, 25 var kvinnor och fem män. Studien godkändes av deltagande hälsomyndigheter och universitet. Skriftligt samtycke inhämtades.	Fokusgrupper eller enskilda intervjuer.	Tolkande, beskrivande metod enligt Thorne (2008)
Ryan, T., Gardiner, C., Bellamy, G., Gott, M. & Ingleton, C. (2011). Storbritannien	Barriers and facilitators to the receipt of palliative care for people with dementia: The views of medical and nursing staff	Kvalitativ design	Strategiskt urval användes. Medicinsk personal (sr), sjuksköterskor (sr) samt forskningsnätverket bidrog till att identifiera deltagare, (N=58). Deltagarnas yrken: Konsultläkare (N=4), läkare (N=15), sjuksköterska (N=23), specialistsjuksköterska (N=11), paramedicinsk personal (N=5). Deltagarna återfanns inom akutsjukvård, allmän hälso- och sjukvård, hospice samt specialiserad palliativ vård. Alla tillfrågade deltog. Studien godkändes av ” National Health services (NHS) ” forskningsetiska kommitté. Skriftligt informerat samtycke inhämtades.	Fokusgrupper och individuella intervjuer med stöd av intervjuguide.	Tematisk analys
Slatyer, S., Pienaar, C., Williams, A. M., Proctor K. & Hewitt, L. (2015). Australien.	Finding privacy from a public death: a qualitative exploration of how a dedicated space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families	Deskriptiv design Kvalitativ ansats	Strategiskt urval användes för att rekrytera multidisciplinär personal med erfarenhet av att vårda palliativa patienter i Lotus-rummet. Senior personal och forskningsassistenten bjöd in deltagare till studien. Deltagande professioner: sjuksköterskor (N=9), läkare (N=2), paramedicinsk personal (N=4), omvårdnadspersonal (N=2). För närstående lämnades en enkät i Lotus-rummet samt skickades enkäter tillsammans med sedvanlig uppföljning via E-post, inklusive samtycke. (N=7, 23 %) Studien godkändes av det aktuella sjukhuset respektive universitetet. De etiska övervägandena är noggrant beskrivna både gällande enkät för närstående samt den deltagande personalens intervjuer.	Semistrukturerade intervjuer. Enkät till närstående	Konstant jämförande metod enligt Glaser & Strauss (1967)
Smith, A. K., Fisher, J., Schonberg, M. A., Pallin, D. J., Block, S. D., Lachlan, F., Phillips, R. S. & McCarthy, E. P. (2009). USA.	Am I Doing the Right Thing? Provider Perspectives on Improving Palliative care in the Emergency Department	Grounded theory Kvalitativ ansats	Strategiskt urval av deltagare (N=26) vid två akademiska akutmottagningar i Boston. Inbjudningar skickades via E-post. Deltagarnas ålder var i medeltal 28 år (R=22-57), erfarenhet av arbetet var i medeltal 2.5 år (R=1-30) och 54 % var kvinnor. Deltagarnas yrken: Läkare (N=14), sjuksköterskor (N=6), socialarbetare (N=2), tekniker (N=4) Studien godkändes av institutionens granskningskommitté vid Dana Farber Cancer institute/ Harvard cancer center	Fokusgrupper med stöd av frågeguide med öppna frågor. Möjlighet att skicka ytterligare reflektionen i efterhand via E-post.	Analys utifrån Grounded theory

Tan, H., Bloomer, M., Digby, R. & o'Connor, M. (2014). Australien.	End-of-life Care in an Australian Rehabilitation Facility for Older People: Staff Focus Groups	Kvalitativ utifrån en tolkande referensram enligt Holloway (1997) och Cohen & Crabtree (2006)	Urval skedde efter att ett informationsblad om fokusgrupper och syftet med studien satts upp på anslagstavlan på en subakut enhet med fokus på utredning och rehabilitering för äldre. Tre fokusgrupper bestående av respektive sjuksköterskor (N=8), paramedicinsk personal (N=7) och omvårdnads personal (sr staff) (N=5). Studien godkändes av både ledningen för den deltagande enheten samt den etiska kommittén vid Monash universitet.	Fokusgrupper med stöd av nyckelfrågor	Manifest och latent innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004)
Waldron, M., Kernohan, G.W., Hasson, F., Foster, S., Cochrane, B., Payne, C. (2011). Irland.	Allied health professional's views on palliative care for people with advanced Parkinson's disease	Induktiv, utforskande design Kvalitativ ansats	Ett strategiskt urval tillämpades, sammanlagt (N=12) respondenter deltog, (N=4) fysioterapeuter, (N=5) arbetsterapeuter och (N=3) logopedier från både basal och specialiserad palliativ vård. Inbjudan gick via både den nationella hälso- och sjukvården samt via privat och frivillig palliativ specialistvård på norra Irland. Deltagarna hade erfarenhet av eller intresse för Parkinsons sjukdom och/eller palliativ vård. Deltagarnas ålder var 30-65 år och de hade erfarenhet från äldreomsorg, neurologi och palliativ vård. Studien godkändes av ett kansli för forskningsetik på Norra Irland. Informerat samtycke inhämtades. Deltagarna försäkrades om anonymitet.	Intervjuer och fokusgrupper med stöd av en intervjuguide. Demografiska data samlades in via en kortfattad enkät	Tematisk innehållsanalys enligt Miles och Huberman (1994)
Wilson, C.M., Stiller, C.H., Doherty, D.J. & Thompson, K.A. (2017). USA och Kanada.	The role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada	Deskriptiv design Kvalitativ ansats	Ett strategiskt urval användes med tillägg av bekvämlighetsurval samt snöbollsurval. 53 respondenter kontaktades via namnlistor från en yrkessektion inom World confederation of Physical therapy (WCPT), från listor på webbsidor med ledande fysioterapeuter inom verksamhetsområdet samt via personliga kontakter. 14 respondenter svarade, varav (N=10) valdes ut. (N=5) fysioterapeuter från USA och (N=5) från Kanada. Medelåldern för de tre männen och sju kvinnorna var 51.7 år. De hade i medeltal arbetat 26.1 år och hade 13.2 års erfarenhet av palliativa patienter. De representerade en variation av kontexter och geografisk tillhörighet. Alla var engelsktalande. Det fanns flera inklusions- och exklusionskriterier. Studien godkändes av den aktuella institutionens Review board.	Enkät via E-post för demografiska data Semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide. Fältanteckningar fördes.	Beskrivande analys av demografisk data Konstant jämförande metod
Wilson, E., Seymour, J. & Aubeeluck, A. (2011). Storbritannien.	Perspectives of staff providing care at the end of life for people with progressive long-term neurological conditions	Studien var en delstudie i en större studie med multimetod-design	De flesta deltagare rekryterades från sex center för neurologi (N=62), men även hospice (N=7) och poliklinisk avdelning för Huntingtons sjukdom (N=11), sammanlagt (N=80). Alla arbetade med patienter med långsamt progredierande neurologiska sjukdomar. Deltagarnas yrken: konsultläkare (N=3), Chef (N=3), sjuksköterska (N=18), omvårdnadspersonal (N=32), socialarbetare/aktivitetsansvarig/fysioterapeut (N=10), utbildningskoordinator (N=6), regionala vårdrådgivare (N=8) Etisk prövning ej angiven. */men i en artikel där studien upprepades i Nya Zeeland beskrivs båda studierna och att tillstånd från erforderliga kommittéer i både England och Nya Zeeland erhållits " That's part of everybody's job: the perspectives of health care staff in England and New Zealand on the meaning and remit of palliative care"	Fokusgrupp eller enskilda intervjuer	Ej beskriven

Bilaga 2

Tabell 3. Översiktstabell författare-syfte-resultat

Författare	Syfte	Resultat
Carson, K. & McIlfrack, S.	Syftet var att utforska primärvårdsfysioterapeuters erfarenheter av att ge rehabilitering till patienter som hade behov av palliativ vård i kommunal verksamhet. Specifika mål vara att undersöka fysioterapeuters förståelse för rehabilitering i palliativ vård, att utforska fysioterapeuters erfarenheter av att ge rehabilitering till patienter som var i behov av palliativ vård samt att fastställa om det finns några hinder eller möjliggörande faktorer för tillhandahållandet av rehabilitering i palliativ vård i en kommunal verksamhet.	Fysioterapeuter lyfte vikten av att få ökad kunskap och att egna erfarenheter hade influerat val av arbete med palliativ vård. Fysioterapeuter ansåg att rehabilitering i palliativ vård omfattar att bibehålla patienters självständighet, uppfylla önskemål och förbättra funktionsförmåga och komfort. De beskrev olika faktorer som rörde kompetens, kommunikation, teamarbete och resurser vilka kunde påverka arbetet endera i form av hinder eller möjliggörare. De ansåg att rehabilitering är en viktig del av palliativ vård, men att de hinder som finns begränsar möjligheten till detta.
Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, A. & O'Shea E.	Syftet var att utforska nyckelintressenters och vårdenhetschefers syn på nuvarande vård i livets slut för äldre i akutsjukvård samt äldreboenden på Irland samt att konstruera en modell av dessa.	" <i>Filosofi, kultur och vårdens organisation, Att känna personen, fysisk omgivning och resurser</i> ". Deltagarna ansåg att palliativ vård var för cancerpatienter och var osäkra på sin roll. Komfort, värdighet, holistisk syn och individualiserad vård lyftes. Deltagarna ansåg att dialog om döden kunde uppröra patienten, upplevelse av att sakna kompetens eller att familjerna inte ville prata om det. Professionerna kände ett glapp mellan önskvärd vård och möjlig vård utifrån rutiner och resurser. Den fysiska miljön till exempel bristande tillgång till enkelrum lyftes som en viktig fråga. Utbildningsbehov fanns, även behov av kunskap utifrån nya etniciteter.
Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Stewart, H., Noel, M. & Hancock, K.	Syftet var att synliggöra utmaningar för professionella givare av vård för personer med framskriden demens på äldreboenden.	Professionerna framhöll svårigheter i att bedöma och undersöka symtom hos patienter som ej kunde kommunicera. Det upplevdes viktigt att känna patienten väl. Det framkom att behandling kunde undanhållas t.ex. fanns motstånd till att ge tillräcklig smärtlindring. Det fanns inte tillräcklig kunskap om demens, ej heller om palliativ vård. Det framkom att bättre kunskap skulle kunna leda till bättre beslut om vården. Professionerna önskade även mer kunskap utifrån kulturella faktorer och det fanns olika uppfattningar om hur man hanterade att prata med närstående.
Fox, S., Cashell, A., Kernohan, W. G., Lynch, M., McGlade, C., O'Brien, T., O'Sullivan, S. S. & Timmons, S.	Studien syftade till att utforska multidisciplinär hälso -och sjukvårdspersonals uppfattning om palliativ vård för personer med Parkinsons sjukdom, identifiera hinder och möjliggörare.	De flesta av hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg att Parkinson-patienter kan ha nytta av basal palliativ vård samt specialiserad palliativ vård vid behov. Att deras behov liknar andra patientgruppers behov i livets slut. Det fanns en osäkerhet angående både definitionen av tidpunkt för livets slutfas samt timing för remiss till specialiserad palliativ vård. Hinder som framkom var brist på utbildning hos personal, patient, familj och allmänhet om Parkinsons sjukdom samt palliativ vård. Andra hinder var att personal ej var bekväma att föra dialog om palliativ vård, att konsulter inte ville skriva över sina patienter till palliativ vård, att det finns stigma kring palliativ vård samt praktiska hinder som resursbrist, långa väntelistor, ojämn tillgång på specialister geografiskt samt att vissa yrkesgrupper saknades.
Gaudet, A., Kelley, M. L. & Williams, A. M.	Syftet var att överbrygga det kunskapsglapp som existerar när det kommer till interprofessionell samverkan i landsbygd, framförallt när det gäller att	Professionerna kände gemensamt ansvar, var motiverade och delade samma mål, att förbättra den palliativa vården i sin kommun. Det var frivilligt för dem att delta i det palliativa teamet. Koordinationen av insatser förbättrades över tid genom medvetet arbete. Att professionerna redan arbetade tillsammans utanför det palliativa teamet underlättade kommunikationen.

	utveckla den palliativa vården i landsbygden.	De upplevde att personliga egenskaper kunde hindra teamets samverkan, med strategier fanns för att överbrygga detta. Att ha bestämt sig i teamet underlättade förändringsprocesser och att äska resurser för arbetet. Det fanns en känsla av autonomi i arbetet på landsbygden. Professionerna hade en känsla av ömsesidigt förtroende och respekt gentemot varandra.
Johnson, C., Girgis, A., Paul, C., Currow, D. C., Adams, J. & Aranda, S.	Studien syftade till att utveckla en förståelse av praxis för remittering till och faktorer som påverkar tillgång till specialiserad palliativ vård från perspektivet hos involverad hälso- och sjukvårdspersonal.	Hälso- och sjukvårdspersonalen uppgav att grad av symtom och komplexitet i sjukdomsförloppet avgjorde när remiss till specialiserad palliativ vård skickades. Uppfattningen var att palliativ vård omfattar att ge fysiskt, psykiskt, andligt, socialt och emotionellt stöd. Tidig remittering förespråkades för att bygga goda och tillitsfulla relationer. Allmänhet och viss annan hälso- och sjukvårdspersonal ansågs tro att palliativ vård var endast till för livets allra sista tid då aktiv behandling avslutats. Deltagarna identifierade kulturella hinder och kompetensbrist hos allmänheten som hinder för tillgång specialiserad palliativ vård, men även brist på kommunikation gentemot patient och familj samt mellan vårdgivare. Samverkan och nätverks sågs som möjliggörare även att andra yrkesgrupper än läkare kunde remittera.
Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. & Radbruch, L.	Syftet var att göra en systematisk undersökning av relevanta faktorer för teamarbete inom palliativ vård, att identifiera kriterier som förbättrar det multiprofessionella samarbetet samt baserat på studien, föreslå en teoretisk referensram omfattande framgångsrika kriterier för multiprofessionellt samarbete i palliativ vård	Professionerna uppfattade att samverkan i det palliativa teamet handlade om kommunikation, följt av teamfilosofi, arbetsklimat och teamengagemang. Kommunikation handlade både om att utbyta information men även att kontinuerligt hålla kontakten inom teamet. Teamfilosofi handlade om att det fanns en gemensam syn på mål, tillvägagångssätt och synen på arbetet. Det upplevdes viktigt med respekt, en positiv attityd, tillit och öppenhet. Gott samarbete förutsatte en förmåga att hantera döden. Hinder var brist på kommunikation, oklara mål eller metoder.
Klarare, A., Lundh-Hagelin, C., Furst, C. J. & Fossum, B.	Syftet var att utforska teamsamverkan mellan medlemmar i specialiserade team inom palliativ vård	De intervjuade professionerna upplevde att akuta insatser genomfördes istället för förebyggande insatser pga. inadekvata prioriteringar och organisation. Brist på resurser till exempel paramedicinsk personal påverkade teamet och vården. Det upplevdes lättare att se patienten utifrån ett holistiskt perspektiv om vården kunde diskuteras i ett team. Alla professioner instämde i att deras uppgift var att ge god palliativ vård, men yrkesgrupperna beskrev detta med litet olika ord. Ledarskap, utbildning, och forum för kommunikation upplevdes viktiga. Stöd till både patienter, närstående och professionerna upplevdes värdefullt.
Luxardo, N., Vindrola Padros, C. & Tripodoro, V.	Syftet var att beskriva personalens attityder och erfarenheter av palliativ vård för döende personer, att undersöka hur personalen ser på sina döende patienter och samla in uppfattningar om hur personalen anser att deras erfarenheter i detta specifika område påverkar deras dagliga liv.	Personalen beskrev erfarenheter av upplevelser av god död och dålig död, där god död kännetecknades av god symtomlindring, goda relationer och att patienten kände sig tillfreds och kunde delta i beslut. Personalen såg varje döende som unikt och tillhörande den som upplevde döden även om de såg gemensamma teman för patienters behov i livets slut. Närstående sågs ha en signifikant roll. Känslomässigt svåra situationer i arbetet var när yngre patienter avled, när medicinsk behandling inte hjälpte, problem rörande patientens relationer, personalens personliga band till döende eller när patientens situation gjorde att personalen identifierade sig med patienten. Personalen beskrev att arbete i palliativ vård påverkade deras liv både positivt och negativt.
Philips, J., Davidson, P.M., Jackson, D., Kristjanson, L., Daly, J. & Curran, J.	En utforskande studie som beskriver vilka uppfattningar och övertygelser om palliativ vård som sjuksköterskor och vårdassistenter vilka arbetar inom äldreboenden har.	Fyra teman framkom: <i>"Som en familj"</i> , <i>"utmaningar gällande kommunikation med andra vårdgivare"</i> , <i>"kamp för att lyckas mot alla odds"</i> , <i>"försvar som en nyckelroll"</i> . Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal beskrev starka band med patienterna, månade om dem och ville uppfylla önskemål. Arbetsbelastning och dokumentationskrav var hinder. Deltagarna ville ej remittera till sjukhus då de ansåg att patienterna var tryggast i bekant miljö. Det fanns kommunikationssvårigheter inom teamet och gentemot patienter och familj och personal kunde känna otillräcklig kunskap för samtal och vårdplanering. Teamkänsla saknades. Det fanns hinder för god palliativ vård såsom ekonomisk och personell resursbrist och administrativ arbetsbelastning. Erfarenhet, kunskap och kompetens tillvaratogs inte på ett optimalt sätt.
Reimer Kirkham, S., Sawatzky, R.,	Syftet var att undersöka sjuksköterskors och vårdassistenters perspektiv angående en palliativ	Huvudtemat var <i>"Att befinna sig nära en palliativ approach"</i> . Det fanns skillnader i uppfattningar om palliativt arbete från att omfatta de sista timmarna till att finnas med tidigt i fasen av en progredierande sjukdom. Sjuksköterskor och

Roberts, D., Cochrane, M. & Stajduhar, K.	approach inom en variation av vårdenheter som inte var specialiserade på palliativ vård.	omvårdnadspersonal ville inte ta bort hoppet från patienter genom att använda termen palliativ vård. De beskrev tecken de var uppmärksamma på för att bedöma när en patient kunde ha nytta av palliativ vård. Vikten av personcentrerad vård, goda relationer och kommunikation med patient och familj lyftes. Det fanns hinder i form av arbetsbelastning, tidsbrist, oklarheter i roller och kompetensbrist.
Ryan, T., Gardiner, C., Bellamy, G., Gott, M. & Ingleton, C.	Syftet var att utforska hälso-och sjukvårdspersonals erfarenheter utifrån arbete i palliativ vård samt att skapa sig en uppfattning om problem rörande palliativ vård för personer med demens.	Fyra teman framstod: <i>"Att arbeta tillsammans"</i> , <i>"utmaning för kompetensen"</i> , <i>"långsiktighet"</i> och <i>"övergången"</i> . Det kvarstår svårigheter att uppnå god kvalitet i palliativ vård för patienter med demens. Osäkerhet fanns om patienter med demens ska erhålla palliativ vård. Hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde kompetensbrist rörande patienter med demens framförallt i sena stadier. Vikten av tidig vårdplanering och samverkan med nyckelpersoner över tid beskrevs. Närstående eller personal som känner patienten väl bedöms som viktigt. Samverkan inom teamet och med specialister upplevdes vara viktig för hög kvalitet och en övergång till palliativ vård.
Slatyer, S., Pienaar, C., Williams, A. M., Proctor, K. & Hewitt, L.	Syftet var att utforska sjukhuspersonalens erfarenheter och uppfattningar av att vårda döende patienter och deras familjer i Lotus-rummet.	Sjukhuspersonalen upplevde att palliativ vård på sjukhus kunde innebära att arbeta under press då patientens tillstånd kunde försämrats snabbt. Den vanliga avdelningen innebar ingen avskildhet för den döende patienten, de närstående eller andra patienter. Lotus-rummet var ett avskilt rum med plats för patienten och närstående. Rummet upplevdes rymligt, privat och tryggt och närstående kunde vara delaktiga och ta hand om sin anhörig samt varandra. Patienter tycktes tillfreds i rummet. Upplevelsen var att det privata rummet underlättade sorgeprocessen.
Smith, A. K., Fisher, J., Schonberg, M. A., Pallin, D. J., Block, S. D., Lachlan, F., Phillips, R. S. & McCarthy, E. P.	Syftet var att utforska akutsjukvårdspersonalens attityder, erfarenheter och övertygelser om palliativ vård på akutmottagningar genom att använda strukturerade kvalitativa metoder.	Akutvårdspersonalens hade en snävare syn på palliativ vård där den ansågs tillhöra de döende och de som valt lindrande behandling. Sjuksköterskor i teamet kände tillfredställelse i att få ge palliativ vård, men de flesta teammedlemmar ansåg att akutmottagningen inte var rätt plats. En uppfattning framkom angående att det oftast var närstående som ville att patienten skickas in till sjukhuset. Det fanns kommunikationssvårigheter och brist på kommunikation runt behandlingens mål och livsuppehållande åtgärder både utifrån patienter, närstående och ordinarie vårdgivare. Förbättringsförslag framkom till exempel: Utbildning i kommunikation och symtomlindring samt förbättrad kommunikation och dokumentation från samverkanspartners.
Tan, H., Bloomer, M., Digby, R. & O'Connor, M.	En kvalitativ studie rörande personalens erfarenheter av vård i livets slut för äldre personer på en subakut enhet för rehabilitering.	Fyra teman framkom: <i>"Olika perspektiv"</i> , <i>"att remittera till samverkanspartners"</i> , <i>"den palliativa vårdens kvalitet"</i> samt <i>"att vara kontaktperson"</i> . Att vara kontaktperson hade sina utmaningar enligt paramedicinsk personal, socialarbetare ansåg att de hade en fördel av sin utbildning. Yngre medarbetare kunde vara obekväma i arbetet med döende. Utbildningsbehov fanns. Teamkommunikation, gränser samt resurser var hinder. Praktiska aspekter för att tillgodose närstående kunde förbättras. Utmaningar fanns runt att remittera till samverkanspartners och remittera i rätt tid, men när kontakt etablerats erhöles hjälp. Alla deltagare var dedikerade till att erbjuda den bästa palliativa vården som möjligt.
Waldron, M., Kernohan, G.W., Hasson, F., Foster, S., Cochrane, B. & Payne, C.	Att utforska paramedicinska professioners uppfattningar, inkluderat fysioterapeuter, logopedier och arbetsterapeuter angående spörsmål, hinder och möjligheter relaterat till att ge rehabilitering i palliativa faser, genom att använda Parkinsons sjukdom som ett exempel.	De paramedicinska professionerna uppfattade att deras roll omfattade att ge information samt fysiskt, praktiskt och psykologiskt stöd utifrån ett brett holistiskt teambaserat perspektiv. Att bidra till att optimera patientens självständighet i det dagliga livet. Kunskapsbrist, missuppfattningar om värdet av rehabilitering och organisatoriska hinder minskade patienters möjlighet till rehabiliterande insatser. Kontinuitet och att bygga relationer med patient och närstående framhölls som viktigt. Det fanns olika uppfattning om när och hur patienten skulle erbjudas palliativ vård, Tids- och resursbrist och brist på fungerande teamarbete sågs som hinder för palliativ vård, även förseningar när det gällde bostadsanpassningar och hjälpmedel.
Wilson, C.M., Stiller, C.H., Doherty, D.J. & Thompson, K.A.	Syftet var att beskriva fysioterapeuters uppfattning rörande fysioterapeuters roll inom hospice och palliativ vård i USA och Kanada och att utveckla en begreppsmässig (konceptuell) referensram för att beskriva fysioterapeuters roll inom hospice och	Fysioterapeuter upplevde att de hade flera roller inom palliativ vård: Att ge vård till patienter och deras familj, att vara en del av ett multiprofessionellt team och att fullgöra icke-patientrelaterade arbetsuppgifter. De beskrev skillnader mellan traditionell och palliativ vård utifrån sin roll. Både faktorer i mötet med patienter och utanför patientarbetet upplevdes påverka rollen. Koncept som framkom var att förändra uppfattningar om fysioterapeuter i palliativ vård, en kontinuerlig vård och att skifta fokus utefter patientens försämring.

	palliativ vård och faktorer som kan påverka rollen.	
Wilson, E., Seymour, J. & Aubeeluck, A.	Syftet var att utifrån en större studie som undersökte palliativa vårdbehov hos patienter med långsamt progredierande sjukdomar, undersöka personalens syn och uppfattningar.	All deltagande personal i studien ansåg att det var viktigt att känna sin patient för att kunna ge god vård genom hela vårdtiden. Tidig vårdplanering förespråkades. Att bygga relationer inom teamet och med samverkanspartners upplevdes viktigt. Ett framträdande hinder var förseningar gällande utrustning/hjälpmiddel eller service pga. byråkrati. Att känna igen döendefasen beskrevs som en särskild utmaning . En holistisk syn, god symtom- lindring, lugn och ro, att vara på en känd plats med närstående och känd personal upplevdes beteckna en god död. När patienter avled på sjukhus oroade sig ordinarie personal för att patienter skulle känna sig ensamma och rädda.