

Meðferð við lok lífs utan sérhæfðra líknardeilda: Fræðileg samantekt með kögunarsniði

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur

Á sérhæfðum líknardeildum starfar heilbrigðisstarfsfólk með reynslu og sérmenntun á sviði líknarmeðferðar og oft eru þær betur mannaðar en almennar deildir. Þar fá sjúklingar með erfið einkenni og flókin vandamál sérhæfða líknarmeðferð. Umönnun og meðferð við lok lífs er ekki eingöngu veitt á sérhæfðum líknardeildum heldur einnig utan þeirra, stundum við aðstæður sem eru ekki ákjósanlegar og af starfsmönnum sem telja sig skorta hæfni í líknar- og lífslokameðferð.

Tilgangur

Leitast er við að svara rannsóknarspurningunni: Hvaða þættir geta reynst styðjandi eða hindrandi við að veita góða meðferð við lok lífs á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir?

Aðferð

Notuð var fræðileg samantekt með kögunarsniði. Fylgt var leiðbeiningum Joanna Briggs-stofnunarinnar, fimm þrepa kögunarsniðsramma Arksey og O'Malley og PRISMA-ScR. Leitað var í gagnasöfnunum PubMed og Cinahl og takmarkaðist leit við heimildir útgefnar 2011-2022. Leitarorðin general ward, hospital ward, medical ward, medicine ward, palliative care, terminal care, end of life care, nurses, nursing og nurse voru notuð.

Niðurstöður

Leit skilaði 367 heimildum og að loknu mati uppfylltu 11 rannsóknir inntökuskilyrðin. Niðurstöður voru settar fram sem fimm þemu sem einkenna lífslokameðferð og lýsa þáttum sem geta ýmist stutt eða hindrað góða meðferð við lok lífs á deildum utan sérhæfðra líknardeilda: 1) hæfni og þekking starfsfólks, 2) mönnun, 3) umhverfi, 4) samskipti og samtal um lífslokameðferð og 5) sameiginleg sýn á lífslokameðferð. Styðjandi þættir voru hæfni í lífslokameðferð, nægileg mönnun, styðjandi umhverfi, meðferðaráætlun og klínískar leiðbeiningar og góð samskipti. Hindrandi þættir voru skortur á hæfni í lífslokameðferð, of margir sjúklingar, skortur á einbýlum, skortur á klínískum leiðbeiningum og þverfaglegu samstarfi og að samtalið um yfirvofandi lífslok var tekið of seint.

Ályktun

Með þjálfun og kennslu, aðstæðum og umhverfi, má efla gæði umönnunar við lok lífs á deildum utan sérhæfðra líknardeilda. Frekari rannsóknir skortir á viðfangsefninu, ekki síst á því hvað styður farsæla innleiðingu lífslokameðferðar á ósérhæfðum deildum.

Lykilorð:

Fræðileg samantekt með kögunarsniði, hindrandi þættir, hjúkrun, hæfni, legudeild, lífslokameðferð, líknardeild, styðjandi þættir

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Samantektin varpar ljósi á hvað styður og hvað hindrar góða meðferð við lok lífs á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir.

Hagnýting: Niðurstöður geta nýst til að setja fram gagnreynda áætlun um áhrifaríka leið til að styðja við lífslokameðferð á deildum utan sérhæfðra líknardeilda, hvort sem það er með aukinni fræðslu og þjálfun fyrir hjúkrunarfræðinga, bættu starfsumhverfi eða opnari umræðu um lífslokameðferð.

Þekking: Niðurstöður eru innlegg í fræði stjórnunar í hjúkrun þar sem hægt er að nýta þær til að efla og styðja við lífslokameðferð veitta á deildum utan sérhæfðra líknardeilda.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Niðurstöður fela í sér mikilvæg skilaboð til klínískra hjúkrunarfræðinga, stjórnenda í hjúkrun og ráðamanna í heilbrigðisþjónustu, auk kennara og fræðimanna, varðandi það hvernig hægt er að styðja við góða meðferð við lok lífs á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir.

Höfundar

GUÐRÍÐUR ESTER GEIRSDÓTTIR

aðstoðardeildarstjóri Lyflækninga-
deildar Heilbrigðisstofnunar
Suðurlands á Selfossi og
stundakennari við Hjúkrunar-
og ljósmóðurfræðideild
Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla
Íslands

KRISTÍN LÁRA ÓLAFSDÓTTIR

sérfræðingur í líknarhjúkrun,
líknarráðgjafateymi Landspítala
og aðjúntur við Hjúkrunar-
og ljósmóðurfræðideild
Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla
Íslands

HELGA BRAGADÓTTIR

prófessor og forstöðumaður
fræðasviðs Hjúkrunar- og
ljósmóðurfræðideild
Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla
Íslands og Landspítala

Meðferð við lok lífs utan sérhæfðra líknardeilda: Fræðileg samantekt með kögunarsniði

INNGANGUR

Með auknum fólksfjölda og hækkandi aldri þjóða heimsins eru fleiri með langvinna og lífsógnandi sjúkdóma en áður og kallar það á frekari úrræði í formi líknarmeðferðar (e. palliative care) og lífslokameðferðar (e. end of life care) sem er veitt á flestum heilbrigðisstofnunum (Heilbrigðisráðuneytið, 2019; Tung o.fl., 2019; Wong o.fl., 2021). Líknarmeðferð er skilgreind sem meðferð sem stefnir að bættum lífsgæðum sjúklunga með lífsógnandi sjúkdóma og hægt er að veita frá greiningu lífsógnandi sjúkdóms. Meðferðin nær einnig til fjölskyldu þess sem glímir við sjúkdóminn (World Health Organization (WHO), 2020). Markmið meðferðarinnar er að draga úr þjáningu með því að fyrirbyggja og meðhöndla vanlíðan, hvort sem hún er af líkamlegum, sálfélagslegum eða andlegum toga (WHO, 2020). Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) bendir á að fæstir heilbrigðisstarfsmenn hafi nægilega þekkingu á hugmyndafræði og aðferðum líknarmeðferðar (WHO, 2014). Bendir stofnunin jafnframt á að á hverju ári þurfi 40 milljónir manna á líknarmeðferð að halda en einungis 14% þeirra njóti slíkrar meðferðar (WHO, 2018).

Gert er ráð fyrir að fjöldi þeirra sem eru í þörf fyrir líknarmeðferð muni fara vaxandi og má að hluta til rekja til þess að fleiri greinast með krabbamein og aðra lífsógnandi sjúkdóma (Tung o.fl., 2019) og er talið að þörfin fyrir lífslokameðferð aukist talsvert á næstu áratugum, m.a. vegna aukins fólksfjölda (WHO, 2014; WHO, 2018; Þórunn Pálsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2016). Í líknarmeðferð er áherslan á að veita árangursríka meðferð við verkjum og öðrum einkennum og veita sálfélagslegan og andlegan stuðning í samræmi við þarfir, gildi og menningarlegan bakgrunn sjúklings og fjölskyldu hans (Heilbrigðisráðuneytið, 2021). Lífslokameðferð á við þegar greint er að andlát sjúklings sé yfirvofandi á næstu dögum eða vikum (Landspítali, 2017) og við lífslok er vægi líknarmeðferðar hvað mest. Á þessum tíma er áherslan á að draga úr einkennum og vanlíðan án þess að beita inngripum sem miða að því að lengja líf. Þýngjandi inngripum og gjörgæsluvistun er ekki beitt og endurlífingun er ekki framkvæmd (Landspítali, 2017). Á Íslandi er meðferð við lok lífs sinnt í heimahúsum, á hjúkrunarheimilum og á sjúkrahúsum af heilbrigðisstarfsmönnum heimahjúkrunar og annarra deilda innan heilbrigðisstofnana en einnig af starfsfólki sérhæfðar líknarþjónustu s.s. líknardeildar Landspítala, HERU sérhæfðri líknarheimaþjónustu Landspítala og Heimahlýningu Sjúkrahúss Akureyrar (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Er það sambærilegt öðrum löndum en mikill hluti lífslokameðferðar fer fram á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir (Alshammari o.fl., 2022) þrátt fyrir að þörfin á sérhæfðri líknar- og lífslokameðferð sé til staðar eru ekki nægilega margir staðir innan heilbrigðiskerfisins sem veita hana (Reville og Foxwell, 2014; WHO, 2014; WHO, 2018). Á almennum deildum sjúkrahúsa, hjúkrunarheimilum sem og víðar þar sem þessi þjónusta er veitt sinna heilbrigðisstarfsmenn henni eins vel og hver deild ræður við þrátt fyrir að kjöraðstæður og sérþekking á líknarmeðferð sé ekki til staðar (Alshammari o.fl., 2022; Holms o.fl., 2014; Karbasi o.fl., 2018). Gerður er greinarmunur á almennri líknarmeðferð og sérhæfðri líknarmeðferð (Heilbrigðisráðuneytið, 2021). Almenn líknarmeðferð er veitt af heilbrigðisstarfsfólki á hjúkrunarheimilum, í líknarrýmum sjúkradeilda og í heimahjúkrun en sérhæfð líknarmeðferð er veitt af heilbrigðisstarfsfólki sem er með frekari sérmenntun, reynslu og þekkingu á sviði líknarmeðferðar (Heilbrigðisráðuneytið, 2021).

Þrátt fyrir að gerð sé krafa um að allir heilbrigðisstarfsmenn geti veitt almenna líknarmeðferð eru vísbendingar um að mörgum hjúkrunarfræðingum finnst þá skorta þekkingu og kunnáttu í að veita ásættanlega meðferð við lok lífs (Alshammari o.fl., 2022; Fallon og Foley, 2012; Lind o.fl., 2022). Einnig eiga margir erfitt með að átta sig á því hvenær andlát er yfirvofandi (Bloomer o.fl., 2013) og margir hjúkrunarfræðingar eru óöruggir í einkenameðferð (Kurnia o.fl., 2020). Helstu hindranir í tengslum við að veita góða líknarmeðferð og meðferð við lok lífs getur verið tregða til að hefja meðferðina og taka ákvarðanir um hana, tímaskortur í tengslum við að sinna sjúklingunum eins og best er á kosið m.a. vegna þess að hjúkrunarfræðingar eru með of marga sjúklinga, starfsumhverfi er ekki styðjandi og reynsluleysi starfsmanna (Chan o.fl., 2019; Kurnia o.fl., 2020; Shen o.fl., 2019). Umhverfið skiptir einnig máli og eru einbýli og heimilislegar aðstæður mikilvægur þáttur fyrir deyjandi sjúklinga og fjölskyldur þeirra (Johansson og Lindahl, 2012; McCallum og McConigley, 2013). Ekki eru þó alltaf einbýli í boði fyrir deyjandi sjúklinga á almennum deildum þar sem þær aðstæður geta skapast að þörf er á að nýta einbýli fyrir sjúklinga sem þurfa að vera í einangrun (Bloomer o.fl., 2013). Einnig eru vísbendingar um að samtalið um breyttar áherslur í meðferð sjúklinga með lífsógnandi sjúkdóma sé tekið of seint í ferlinu (Bloomer o.fl., 2013; Lind o.fl., 2022; Tung o.fl., 2019). Erfitt getur verið fyrir heilbrigðisstarfsmenn að átta sig á því hvenær tímabært er að taka samtalið um markmið meðferðar, hvaða inngripum eigi að beita þegar til versunar kemur og hvaða óskir sjúklingar hafi gagnvart öndunarvél, gjörgæsluvist eða öðrum þáttum meðferðar (den Herder-van der Eerden o.fl., 2018; Lind o.fl., 2022).

Hvar og hvernig fólk deyr hefur mikið breyst á síðustu áratugum og hefur að miklu leyti flust frá því að vera dauðdagi innan heimilis í faðmi fjölskyldunnar, í umhverfi sjúkrahúsa og stofnana og vera sinnt af fagfólki (Sallnow o.fl., 2022). Mikilvægt er að staðið sé vel að hjúkrun deyjandi sjúklinga hvar sem þeir njóta þjónustu og að þeir fái að deyja með reisn og án óþarfa verkja og vanlíðunar. Eins þarf að huga að ástvinum sjúklinga og sinna þannig fjölbreyttri fjölskylduhjúkrun samhliða hjúkrun hins deyjandi. Í rannsóknum víða um heim hafa hjúkrunarfræðingar lýst skorti á þekkingu og reynslu í tengslum við umönnun og meðferðar deyjandi og jafnvel hræðslu við að sinna meðferð við lok lífs (Bloomer o.fl., 2013; Fallon og Foley, 2012; Lind o.fl., 2022). Heilbrigðisráðuneytið hefur látið vinna og birt tvær skýrslur um þörfina á líknar- og lífslokameðferð á Íslandi. Fyrri skýrslan var gefin út 2017 og snéri að líknar- og lífslokameðferð á starfssvæði Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða, Heilbrigðisstofnunar Norðurlands og Heilbrigðisstofnunar Austurlands (Velferðarráðuneytið, 2017), en sú seinni var gefin út 2019 og fjallaði um þörfina á höfuðborgarsvæðinu, Suðurnesjum, Suður- og Vesturlandi (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Í skýrslunum voru settar fram tillögur að fyrirkomulagi og framkvæmd líknar- og lífslokameðferðar á landinu og kostnaður framkvæmdarinnar metinn en gerður er greinarmunur á almennri líknarmeðferð og sérhæfðri líknarmeðferð (Heilbrigðisráðuneytið, 2019; Velferðarráðuneytið, 2017). Vísað er í ýmsa þætti sem skerpa þarf á hér á landi í tengslum við málaflokkinn, sem eru m.a., auk þess að greina á milli almennrar og sérhæfðrar líknarmeðferðar, að efla fræðslu til starfsfólks, hafa skýra

verkferla og stöðluð matstæki í tengslum við meðferðina og skilgreina hverjir það eru sem þurfa á sérhæfðri líknarmeðferð að halda. Í skýrslunum kemur einnig fram að unnið verður að þessum málaflokk í komandi árum (Heilbrigðisráðuneytið, 2019; Velferðarráðuneytið, 2017) og má segja að þeirri vinnu sé hrundið af stað með aðgerðaráætlun um líknarþjónustu fyrir árin 2021-2025 (Heilbrigðisráðuneytið, 2021).

Ljóst er að yfirvöld og fagaðilar á sviði líknar- og lífsloka-meðferðar á Íslandi telja að efla þurfi þessa þjónustu. Ýmis úrræði eru í boði fyrir fagfólk til að styðja við meðferð við lok lífs og má þar nefna *Meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga* (MÁD) en það er leiðbeiningar- og skráningarferli sem er fagfólki til leiðbeiningar til að veita einstaklingsmiðaða þjónustu. Byggir áætlunin á *Best care for the dying person* sem eru leiðbeiningar sem byggja á 10 atriðum sem talið er að tryggi gæði lífslokameðferðar (Ellershaw og Lakhani, 2013; Landspítali, 2017, bls. 55), sjá töflu 1. Áætlunin byggir á gagnreyndri þekkingu og er ætlað að vera leiðbeinandi í hjúkrun deyjandi einstaklinga þó hún komi aldrei í staðinn fyrir þekkingu og færni í líknar- og lífslokameðferð (Svandís Íris Hálfánardóttir o.fl., 2017).

Tafla 1. Tíu atriði sem talið er að tryggi gæði lífslokameðferðar.

Atriði	
1.	Greina að sjúklingur sé deyjandi
2.	Samtal við sjúkling (ef mögulegt er) og alltaf við fjölskyldu og ástvíni
3.	Sinna andlegum og trúarlegum þörfum
4.	Skrá fyrir mæli um lyf sem gefa má eftir þörfum (PN) við verkjum, hryglu, óróleika, ógleði og uppköstum og andþyngslum
5.	Taka mið af hagsmunum sjúklings við endurskoðun á meðferð og umönnun
6.	Endurskoða þörf fyrir vökvagjöf, þ.m.t. þörf fyrir að hefja vökvagjöf eða hætta henni
7.	Endurskoða þörf fyrir næringu, þ.m.t. að hefja næringargjöf eða hætta henni
8.	Samtal um alla þætti meðferðaráætlunar við sjúkling og aðstandanda/umönnunaraðila
9.	Reglubundið endurmat á ástandi sjúklings
10.	Sýna virðingu og tillitsemi við umönnun við andlát

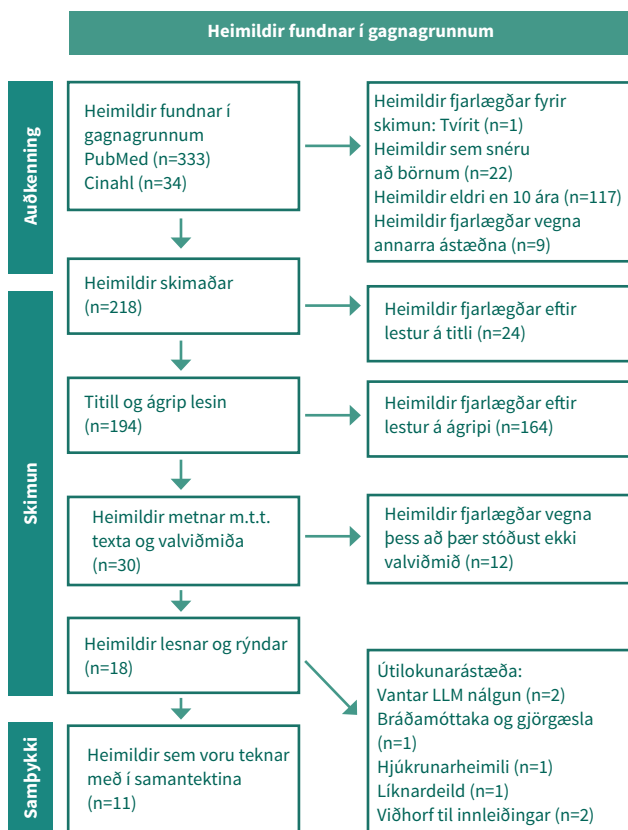
Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að varpa ljósi á hvaða þættir það eru sem styðja við og hvaða þættir það eru sem hindra góða meðferð við lok lífs sem veitt er á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir. Með því móti má setja fram gagnreynda áætlun um áhrifaríka leið til að styðja við lífslokameðferð á öðrum deildum en sérhæfðum líknardeildum.

AÐFERÐ

Notuð var fræðileg samantekt með kögunarsniði (e. scoping review) (Polit og Beck, 2021; Tricco o.fl., 2018). Tekið var tillit til hagnýtra leiðbeininga Munn o.fl. (2018) fyrir höfunda samantekta með kögunarsniði (sjá töflu 2) og farið eftir leiðbeiningum Joanna Briggs-stofnunarinnar við uppsetningu samantektarinnar (Peters o.fl., 2017). Fylgt var fimm þrepa kögunarsniðsramma Arksey og O'Malley (2005) sem felur í sér

að 1) rannsóknarspurning er staðfest, 2) viðeigandi rannsóknir eru fundnar, 3) rannsóknir eru valdar, 4) gögn eru kortlögð og 5) niðurstöður eru flokkaðar, dregnar saman og greint frá þeim (Arksey og O'Malley, 2005; Ljungbeck o.fl., 2019). Niðurstöður gagnaleitar voru settar upp í PRISMA-ScR flæðiriti, (sjá mynd 1).

Mynd 1. PRISMA ScR-flæðirit (LLM=lífslokameðferð).



Tafla 2. Ábendingar fyrir því að framkvæma fræðilega samantekt með kögunarsniði.

Ábendingar	
1.	Að benda á fyrirliggjandi þekkingu á sérstöku sviði
2.	Að útskýra lykilhugtök/skilgreiningar á fræðasviðinu
3.	Að skoða hvernig rannsóknir eru framkvæmdar á sérstöku sviði eða viðfangsefni
4.	Að benda á lykilatriði eða þætti sem eru tengdir hugtaki
5.	Að benda á og greina skort á þekkingu

Rannsóknarspurning staðfest

Fyrsta skrefið var að staðfesta rannsóknarspurninguna sem á uppruna sinn í því að rannsakendur vildu vita hvað það væri sem einkenndi lífslokameðferð á deildum sem ekki eru sérhæfðar líknardeildir og hvernig væri staðið að meðferð við lok lífs í þess konar umhverfi. Rannsóknarspurningin sem sett var fram var eftirfarandi:

Hvaða þættir geta reynst styðjandi eða hindrandi við að veita góða meðferð við lok lífs á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir?

Viðeigandi rannsóknir fundnar

Þegar fræðilegar samantektir með kögunarsniði eru framkvæmdar eru inntöku- og útilokunarskilyrði sett fram. Inntökuskilyrði fyrir samantektina voru rannsóknargreinar sem tóku fyrir lífslokameðferð á deildum sem ekki eru sérhæfðar líknardeildir, snéru að fullorðnu fólki, hjúkrunarfræðingar kæmu að meðferðinni, heimildir væru á ensku eða íslensku og birtar á árunum 2011-2022. Útilokunarskilyrðin voru að lífslokameðferðin færi fram á líknardeildum, gjörgæsludeildum, bráðamóttökum eða heimahúsum, snéru að börnum, heimildir væru á öðrum tungumálum en ensku og íslensku og væru eldri en 11 ára. Ekki voru útilokaðar rannsóknir sem innihéldu líknardeildir ef þær voru ekki einu deildirnar í rannsókninni, skilyrðið var að a.m.k. væri fjallað um lífslokameðferð á deildum sem væru ekki sérhæfðar líknardeildir. Eftirfarandi leitarorð voru notuð: General ward OR hospital ward OR medical ward OR medicine ward AND palliative care OR terminal care (MeSH) OR end-of-life care AND nurses OR nursing (MeSH) OR nurse.

Rannsóknir valdar

Leit hófst formlega í janúar 2022 og var fengin aðstoð frá bókasafnsfræðingi sem hjálpaði til við að kortleggja leitina. Gagnagrunnarnir sem voru notaðir voru PubMed og Cinahl. Alls fundust 333 rannsóknir í PubMed og 34 í Cinahl. Niðurstöður leitar má sjá í PRISMA ScR flæðiritinu á mynd 1.

Gögn kortlögð

Þegar búið var að útiloka greinar sem ekki stóðust valviðmið stóðu 11 greinar eftir sem voru teknar með í samantektina (sjá töflu 3). Til að draga úr skekkju fóru allir höfundar yfir greinarnar og tekin var umræða um þær greinar sem vafaatriði voru um og þær sem stóðust ekki viðmið að allra mati voru teknar út.

Tafla 3. Greinar sem teknar voru með í samantektina, landfræðileg staðsetning og rannsóknarsnið.

Heimild	Land	Rannsóknarsnið
Andersson o.fl., 2016	Svíþjóð	Eigindleg
Bertocchi o.fl., 2020	Ítalía	Megindleg
Binda o.fl., 2021	Ítalía	Blönduð
Haavisto o.fl., 2021	Finnland	Eigindleg
Hussin o.fl., 2014	Malasía	Megindleg
Jors o.fl., 2014	Þýskaland	Megindleg
Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018	Ísland	Eigindleg
Masotti o.fl., 2021	Ítalía	Megindleg
McKeown o.fl., 2015	Írland	Megindleg
Omidi o.fl., 2020	Íran	Megindleg
Verhofstede o.fl., 2017	Belgía	Megindleg

Niðurstöður flokkaðar

Greinarnar 11 voru lesnar og voru upplýsingar úr hverri grein settar inn í yfirlitstöflu (sjá töflu 4) þar sem varpað er ljósi á tilgang, rannsóknarsnið, þátttakendur og niðurstöður sem komu fram í greinunum. Styðjandi og hindrandi þættir sem fundust í greinunum eru settir fram í töflu 5. Þar sem þess er ekki krafist að gæði heimilda fyrir fræðilega samantekt með kögunarsniði séu metin (Polit og Beck, 2021) var ekki notaður matskvarði heldur var sú leið farin að efnið var kortlagt út frá hugtökum og þemum (Tricco o.fl., 2018).

Tafla 4. Yfirlit yfir rannsóknir sem sýna styðjandi eða hindrandi þætti lífslokameðferðar (LLM) á deildum utan sérhæfðra líknardeilda.

Heimild	Tilgangur	Aðferð	Þátttakendur	Niðurstöður
Andersson o.fl. (2016). Svíþjóð.	Að lýsa reynslu hjúkrunarfræðinga við að hjúkra deyjandi sjúklingum á skurðeild.	Eigindleg lýsandi rannsókn. Tekin voru einstaklingsviðtöl sem byrjuðu á opinni spurningu og í framhaldinu voru settar fram spurningar sem byggðust á svariðinu við þeirri spurningu. Tveir rannsakendur tóku viðtölin saman og notuð var lýsandi innihaldsgreining við úrvinnslu þeirra.	N=6 hjúkrunarfræðingar sem unnu á tveimur skurðeildum í Suður-Svíþjóð valdir með hentugleikaúrtaki.	Nýtskrifaðir hjúkrunarfræðingar upplifa vankunnáttu í LLM strax eftir útskrift, óöryggi í lyfjagjöf og við að taka samtalið um dauðann við sjúklinga og ættingja. Reynsluleysi, kunnáttuleysi og tímaleysi kemur niður á gæðum veittrar LLM. Erfitt er að sinna jafnhliða hjúkrun deyjandi sjúklinga og þeirra sem eru í virku bataferli. Mikilvægt er að vera vel að sér í hjúkrunarfræði, umhyggjusamur og næmur svo hægt sé að leiðbeina sjúklingum og ættingjum þeirra í lífslokafasanum. Efla þarf kennslu í LLM, fá stuðning frá stjórnendum og reyndari hjúkrunarfræðingum og nýta sér klínískar leiðbeiningar sem auka gæði þjónustunnar.
Bertocchi o.fl. (2020). Ítalía.	Að meta hvort samræmi væri í upplifun eftirlifandi ættingja, lækna og hjúkrunarfræðinga á lífslokameðferð sem sjúklingar fengu á krabbameinsdeild á Ítalíu.	Megindleg framskyggð fylgnirannsókn með afturskyggðu mati á gæðum lífslokameðferðar. Gagna var aflað með hálfstöðluðum einstaklingsviðtölum sem tekin voru við eftirlifandi ættingja, lækna og hjúkrunarfræðinga.	Þátttakendur voru; 26 eftirlifandi ættingjar, 26 lækmar og 26 hjúkrunarfræðingar 26 sjúklinga sem létust á deildinni á tímabilinu janúar til desember 2016.	Lítið samræmi er á upplifun eftirlifandi ættingja, lækna og hjúkrunarfræðinga og mati þeirra á gæðum umönnunar við lífslok hvað varðar einkenameðferð, stuðning við fjölskyldu, samræmda umönnun, meðferðaráætlun og heildræn gæði umönnunar. Samkvæmt ættingjum er einkenameðferð góð en fagfólk telur hana ekki eins góða. Þættir sem hindra góða LLM er hversu flókin einkenameðferðin er ásamt skorti á sameiginlegri sýn á meðferðinni.
Binda o.fl. (2021). Ítalía.	Að lýsa dauðdaga fullorðinna sjúklinga á lyflækningadeildum og skurðeildum á stærsta háskóla-sjúkrahúsinu á norðanverðri Ítalíu.	Blönduð þversniðs-rannsókn sem var bæði eigindleg og megindleg. Tekin voru einstaklingsviðtöl við lækna og hjúkrunarfræðinga en einnig unnin megindleg gögn úr tilfellingalýsingu.	Upplýsingum var safnað um 187 sjúklinga sem höfðu látist á tímabilinu júlí til desember 2019 á 26 lyflækningadeildum og skurðeildum á sjúkrahúsi á Ítalíu.	Læknar og hjúkrunarfræðingar telja að þörfum deyjandi sjúklinga sé ekki nægilega vel sinnt, sjúklingar ekki nægilega verkjastilltir og óþarfa inngripum beitt á síðustu 48 klst lífs. Kennslu og þjálfun vantar í LLM í námi starfsfólks. Aðkoma líknarráðgjafateymis myndi auka gæði slíkrar þjónustu. Munur er á mati hjúkrunarfræðinga og lækna á gæðum LLM þar sem lækmar telja gæðin betri en hjúkrunarfræðingar.
Haavisto o.fl. (2021). Finnland.	Að lýsa því hvað hjúkrunarfræðingar telja vera nauðsynlega hæfni í lífslokameðferð og hvaða þættir yti undir hæfni þeirra til að sinna slíkri meðferð.	Eigindleg lýsandi rannsókn. Tekin voru hópviðtöl með hálfstöðluðum viðtalsramma. Notuð var lýsandi innihaldsgreining.	N=20 hjúkrunarfræðingar sem unnu á fjórum mismunandi heilbrigðisstofnunum í Suður-Finlandi valdir með tilgangsrúttaki.	Hæfni hjúkrunarfræðinga tengist heildrænni nálgun og hjúkrun sjúklinganna. Fimm flokkar sem lýsa nauðsynlegri hæfni hjúkrunarfræðinga til að veita LLM, voru greindir úr svörum þátttakenda. 1) Siðfræði og hugrekki í reynd: Að vera talsmaður sjúklings og berjast fyrir réttindum hans, stöðva óþarfa rannsóknir og hafa hugrekki til að ræða málefni tengd dauðnum. 2) Stuðningur við sjúklinga: Að skapa þægilegt og öruggt umhverfi, draga úr kvíða og óróleika með samtölum, nærveru eða lyfjum. 3) Stuðningur við fjölskyldur: Að undirbúa fjölskyldur fyrir að sjúklingur fari á LLM. Styðja við fjölskyldur eftir andlát. 4) Hjúkrunaráætlun: Að samhæfa umönnun sjúklings, tryggja uppfærða áætlun meðferðar og fullnægjandi skráningu. Hjúkrunarfræðingar eru málsvarar sjúklings og oft tengiliðir milli sjúklingsins, fjölskyldu hans og annarra fagstétta. Mikilvægt að hafa áætlun uppfærða og skrá allt. 5) Líkamleg umönnun: Að tryggja einkenameðferð, verkjamat, almenna umönnun og athafnir daglegs lífs.
Hussin o.fl. (2018). Malasía.	Að koma auga á hvaða þætti hjúkrunarfræðingar telja hindrandi og hvaða þætti þeir telja styðjandi til að veita ákjósanlega lífslokameðferð fyrir deyjandi sjúklinga. Einnig að rannsaka tengslin milli hindrandi þátta, hvetjandi þátta og gæða þeirrar lífslokameðferðar sem deyjandi sjúklingar á malasískum sjúkrahúsum fá.	Megindleg þversniðs-rannsókn sem gerð var á kennslusjúkrahúsi í Malasíu frá febrúar 2014 til janúar 2015.	N=553 hjúkrunarfræðingar sem svöruðu spurningum um lýðfræðilega þætti, styðjandi og hindrandi þætti LLM og hver gæði slíkrar þjónustu væru að þeirra mati. Svörin voru kóðuð og greind.	Niðurstöðurnar voru settar fram í þremur flokkum. 1) Þættir tengdir sjúklingi og fjölskyldu hans, þ.e. þættir sem tengdust persónueinkennum sjúklingsins og fjölskyldu hans, hegðun, trú og viðhorfum. Hindrandi þáttur er óvissa um batahorfur. 2) Þættir tengdir heilbrigðisstarfsmönnum þ.e. hegðun, trú, viðhorf og kunnáttu í að veita LLM. Styðjandi þættir eru þegar nægilega margt starfsfólk er til staðar, menntun í LLM, óþarfa inngripum ekki beitt, samstarf er milli heilbrigðisstarfsmanna og tilfinningalegur og siðferðilegur stuðningur er til staðar. Hindrandi þættir eru kunnáttuleysi og skortur á þekkingu við að veita LLM, skortur á samskiptum og samstarfi. 3) Þættir tengdir stofnum eins og ábyrgð, breyting á umhverfi og stefnu stofnunarinnar. Styðjandi þættir eru að hafa sálgaesluaðila á svæðinu og að bjóða líknarþjónustu heima hjá sjúklingum. Hindrandi þættir eru þegar skortur er á leiðbeiningum við að veita LLM. Niðurstöður benda til þess að mikilvægt sé að finna leiðir fyrir hjúkrunarfræðinga til að takast á við hindranir í formi erfiðra aðstæðna. Skortur á þekkingu hjúkrunarfræðinga í LLM, samskiptaskortur og tímaskortur valda álagi í starfi.
Jors o.fl. (2014). Þýskaland.	Að kanna aðbúnað deyjandi á líknardeildum samanborið við aðrar deildir, hver munurinn er á skilningi lækna og hjúkrunarfræðinga á hugtakinu lífslokameðferð og hvernig aðstæður deyjandi sjúklinga hafa breyst á sjúkrahúsum á síðustu 25 árum.	Rannsóknin var megindleg þversniðs-rannsókn og tóku lækmar, hjúkrunarfræðingar og hjúkrunarfræðinemar á 16 sjúkrahúsum og 10 krabbameinsmiðstöðvum í Baden-Württemberg í Þýskalandi þátt. Rannsóknin stóð yfir frá janúar 2012 til maí 2013.	Lagður var fyrir spurningalisti með opnum og lokuðum spurningum og unnið úr gögnum frá 1.131 þátttakanda. Þátttakendur komu frá almennum legudeildum, krabbameinsdeildum, gjörgæsludeildum, líknardeildum og öðrum sjúkrahúsideildum.	Munur er á svörum lækna og hjúkrunarfræðinga sem tóku þátt í rannsókninni. Stór hluti lækna telur sjúklinga vel verkjastilla, að rétt sé við sjúklinga um horfur þeirra og að aðstæður til að deyta á deild séu góðar. Hjúkrunarfræðingar telja aðstæður til að deyta á deild utan líknardeilda ekki góðar og inngripum til að lengja líf sé beitt of lengi. Á líknardeildum er talið að hægt sé að deyta með reisu, samskipti milli fagstétta séu góð, samskipti við sjúklinga og ættingja séu góð og sjúklingar séu vel verkjastilltir. Þátttakendur legudeilda, krabbameinsdeilda, gjörgæsludeilda og annarra deilda en líknardeilda telja að slæm aðstaða sé til að veita LLM á þeirra deildum, að þar sé skortur á starfsfólki og sameiginlegri sýn á LLM. Aðstæður til LLM eru betri á sérhæfðum líknardeildum.

Heimild	Tilgangur	Aðferð	Þátttakendur	Niðurstöður
Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir. (2018). Ísland.	Að rannsaka upplifun aðstandenda af samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn á bráðalegudeildum og hjúkrunarheimili í tengslum við lífslokameðferð ættingja þeirra. Að benda á þætti sem ýta undir góð samskipti, mögulegar hindranir og umhverfisleg áhrif.	Eigindleg lýsandi rannsókn með afturskyggðu sniði. Tekin voru einstaklingsviðtöl með hálfstöðluðum viðtalsramma. Notuð var lýsandi innihaldsgreining.	N=19 ættingjar sjúklinga sem létust á 16 bráðalegudeildum og skurðeildum og á einu hjúkrunarheimili á Íslandi. Lagskipt kerfisbundið slembiúrtak notað.	Fjögur þemu lýsa því sem ættingjunum þykir mikilvægast í hjúkrun og umönnun ættingjans sem hafði látist. 1) Góð samskipti milli heilbrigðisstarfsmanna og fjölskyldu þess deyjandi. 2) Góð myndun meðferðarsambands. 3) Nákvæmni. 4) Gott flæði upplýsinga. Fram kom að ættingjum fannst starfsfólk gera sitt besta til að gera aðstæður góðar, t.d. með því að bjóða upp á rúm fyrir ættingja. Þeir lýstu andlátum ættingja sinna sem friðsælum og að einkennameðferð væri góð. Þeim fannst sjúklingum og ættingjum sýnd virðing og umhyggja og upplýsingaflæði vera gott.
Masotti o.fl. (2021). Ítalía.	Að greina áhrif þess að veita kennslu og þjálfun í lífslokameðferð á lyflækningadeild.	Megindleg afturskyggð rannsókn í formi tilfellingalýsinga sem safnaði upplýsingum um sjúklinga sem létust á tímabilinu júlí 2018 til júlí 2019 á lyflækningadeild á sjúkrahúsi í Empoli á Ítalíu.	N=354 sjúklingar sem létust á tímabilinu, 164 karlar og 190 konur. Lést helmingur sjúklinganna eftir að kennsla í LLM og þjálfun starfsmanna á deild hafði farið fram. Skoðað var hversu mörg lækniþræðileg inngrip sjúklingar fengu á síðustu 48 klukkustundum lífs og hvort fjöldi þeirra breyttist eftir að innleiðing kennslunnar hafði átt sér stað.	Eftir kennslu í LLM fækkaði vissum inngripum eins og blóðþrúfum, speglunum, blóðgjöfum, næringu í æð og því að fylgjast ítarlega og oft með lífsmörkum. Eftir kennsluna jukust samskipti við sjúklinga og ættingja um LLM ásamt því að verkjalyfjagjöf jókst. Kennsla og þjálfun í LLM er mikilvæg á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir.
McKeown o.fl. (2015). Írland.	Að meta upplifun sjúklinga af því að deyja á sjúkrahúsi og skoða þætti sem tengjast þeirri upplifun. Upplifunin var metin út frá þeim skilningi sem hjúkrunarfræðingar, læknar og ættingjar þeirra látnu lögðu í hana sem voru þeir einstaklingar sem sinntu þeim látnu mest á síðustu viku lífs þeirra.	Rannsóknin var megindleg þversniðsrannsókn og voru lagðir spurningalistar fyrir hjúkrunarfræðinga, lækna og ættingja sjúklinga sem höfðu látist á 43 sjúkrahúsum á Írlandi á tímabilinu nóvember 2008 til febrúar 2009.	Spurningalistar fyrir hjúkrunarfræðinga og lækna voru lagðir fyrir innan viku frá andláti og spurningalistar fyrir ættingja voru lagðir fyrir þremur mánuðum eftir andlát. Einnig voru lagðir fyrir þrjár spurningalistar sem snéru að menningu deildanna, menningu sjúkrahúsanna og auðlindum og aðbúnaði sjúkrahúsanna.	Best tekst til við LLM hjá sjúklingum sem eru með krabbamein, innlögn er skipulögð, sjúklingur deyr á einbýli, teymisfundir eru haldnir, samskipti við ættingja eru góð, ættingjar eru viðstaddir andlátið, hjúkrunarfræðingar eru með reynslu og hafa fengið þjálfun í LLM og sjúkrahúsið fer eftir meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga. Ekki er samræmi milli lækna, hjúkrunarfræðinga og ættingja þegar kemur að mati á verkjum og verkjastillingu sjúklinga þar sem lækna telja best staðið að LLM.
Omid o.fl. (2020). Íran.	Að meta áhrif menntunar á skilning og klíniska færni hjúkrunarfræðinga við að veita krabbameins-sjúklingum lífslokameðferð.	Rannsóknin var megindleg íhlutunarrannsókn með klínískri prófun þar sem einnig voru lagðir fram spurningalistar. Tilraunahópur fékk kennslu sem fór fram með vinnubúðum með hópakennslu þar sem lagðar voru fram spurningar um efnið auk umræðna og fékk hópurinn kennsluefni tengt lífslokameðferð en viðmiðunarhópur fékk enga íhlutun. Stóð kennslan yfir í 30-45 mínútur í þrjú skipti.	Rannsóknin fór fram á krabbameinsdeild Shahid Bahonar Hospital í Suðaustur Íran. N=57 hjúkrunarfræðingar sem höfðu reynslu af að veita lífslokameðferð, 24 voru í tilraunahópi og 33 í viðmiðunarhópi. Þátttakendur þurftu að hafa reynslu í að veita lífslokameðferð.	Hefðbundin kennsla í formi vinnustofu er ekki nægileg til að auka skilning og klíniska færni hjúkrunarfræðinga. Hvorugur hópurinn sýndi marktæka breytingu á kunnáttu í LLM eftir íhlutunina. Kennsla og þjálfun í LLM þarf að vera sértæk.
Verhofstede o.fl. (2017). Belgía.	Að rannsaka lífslokameðferð og gæði andláta með því að svara því hvaða hjúkrunarfræðileg og lækniþræðileg inngrip eru framkvæmd síðustu 48 klukkustundirnar í lífi sjúklinga á bráðalegudeildum fyrir aldraða á 23 bráðalegudeildum á 13 sjúkrahúsum í Belgíu.	Lýsandi þversniðsrannsókn þar sem spurningalistar voru lagðir fyrir aðstandendur, hjúkrunarfræðinga og lækna sem höfðu sinnt 338 sjúklingum sem létust á deildunum sem um ræðir.	Spurningalistar voru lagðir fyrir ættingja, hjúkrunarfræðinga og lækna 338 sjúklinga sem létust á tímabilinu 1. október 2012 til 30. september 2013 á 23 bráðalegudeildum fyrir aldraða á 13 sjúkrahúsum á Flanders í Belgíu.	Lækniþræðileg og hjúkrunarfræðileg inngrip eru framkvæmd og jafnvel hafin á síðustu 48 klukkustundum lífs einstaklinga í LLM. Einkennameðferð er ekki alltaf nægilega góð, hvorki í formi verkjastjórnunar eða í tengslum við sálfélagslega þætti. Skortur er á stuðningi fagaðila við sjúklinga.

Tafla 5. Þættir sem geta reynst hindrandi eða styðjandi við að veita góða meðferð við lok lífs (LLM) á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir.

Þema	Þættir
Hæfni og þekking	<ul style="list-style-type: none"> Kunnátta í LLM Reynsla í LLM Leiðbeiningar í LLM
Mönnun	<ul style="list-style-type: none"> Fjöldi starfsfólks Hlutfall sjúklinga og starfsfólks Þverfagleg samvinna
Umhverfi	<ul style="list-style-type: none"> Ró á deild Einbýli Rúm fyrir ættingja
Samskipti og samtal um lífslokameðferð	<ul style="list-style-type: none"> Góð samskipti Öryggi í að hefja samtal um LLM Aðkoma líknarráðgjafateymis Virkt meðferðaráætlun Hjúkrunarfræðingar talsmenn sjúklinga Kennsla í lífslokameðferð
Sameiginleg sýn	<ul style="list-style-type: none"> Klínískar leiðbeiningar Sérhæfð líknarmeðferð

NIÐURSTÖÐUR

Einkenni rannsóknargreina

Þær 11 rannsóknir sem nýttar eru í þessa samantekt birtust í fræðitímaritum á árunum 2014 til 2021. Rannsóknarsnið rannsókna voru mismunandi. Fjórar rannsóknanna voru megindelegar þversniðsrannsóknir (Hussin o.fl., 2018; Jors o.fl., 2014; McKeown o.fl., 2015; Verhofstede o.fl., 2017). Þrjár rannsóknir voru eigindlegar lýsandi rannsóknir þar sem tekin voru viðtöl við þátttakendur og notuð lýsandi innihaldsgreining (Andersson o.fl., 2016; Haavisto o.fl., 2021; Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018). Ein rannsókn var blönduð þversniðsrannsókn þar sem tekin voru viðtöl og unnin megindeleg gögn úr tilfellingalýsingu (Binda o.fl., 2021). Ein rannsókn var megindeleg framskyggð fylgnirannsókn (Bertocchi o.fl., 2020), ein var megindeleg afturskyggð rannsókn (Masotti o.fl., 2021) og ein var megindeleg íhlutunarrannsókn (Omidi o.fl., 2020). Þrjár rannsóknanna voru frá Norðurlöndunum, eða Svíþjóð (Andersson o.fl., 2016), Finnlandi (Haavisto o.fl., 2021) og Íslandi (Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018). Ein rannsókn var frá Þýskalandi (Jors o.fl., 2014), ein frá Írlandi (McKeown o.fl., 2015), ein frá Belgíu (Verhofstede o.fl., 2017), ein frá Malasíu (Hussin o.fl., 2018), ein frá Íran (Omidi o.fl., 2020) og þrjár frá Ítalíu (Bertocchi o.fl., 2020; Binda o.fl., 2021; Masotti o.fl., 2021).

Styðjandi og hindrandi þættir lífslokameðferðar

Þeir þættir sem studdu helst við góða meðferð við lok lífs á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir voru kunnátta í lífslokameðferð (Haavisto o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018; Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; Masotti o.fl., 2021; McKeown o.fl., 2015), nægileg mönnun á deild (Haavisto o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018), styðjandi umhverfi s.s. með einbýlum fyrir sjúklinga við lífslok (Haavisto o.fl., 2021; Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; McKeown o.fl., 2015), meðferðaráætlun var til staðar (Haavisto o.fl., 2021; McKeown o.fl., 2015), samtal um lífslokameðferð átti sér stað nægilega snemma í ferlinu, klínískar leiðbeiningar voru til staðar, óþarfa

inngrípum var ekki beitt (Masotti o.fl., 2021) og þverfaglegt samstarf var til staðar (Haavisto o.fl., 2021). Þeir þættir sem hindruðu góða meðferð við lok lífs voru skortur á kunnátta og reynslu í lífslokameðferð (Andersson o.fl., 2016; Binda o.fl., 2021; Verhofstede o.fl., 2017), hjúkrunarfræðingar þurftu að sinna stórum og fjölbreyttum hópi sjúklinga (Andersson o.fl., 2016; Jors o.fl., 2014), skortur á einbýlum (Andersson o.fl., 2016; Jors o.fl., 2014), engin meðferðaráætlun var til staðar, lítið um samskipti (Andersson o.fl., 2016; Hussin o.fl., 2018), ekki rætt um meðferðartakmarkanir og væntanleg lífslok þar sem veitt væri viðeigandi meðferð (Andersson o.fl., 2016), skortur var á klínískum leiðbeiningum (Andersson o.fl., 2016; Hussin o.fl., 2018), óþarfa inngrípum var beitt sem jafnvel höfðu neikvæð áhrif á sjúklinginn (Binda o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018; Jors o.fl., 2014; Verhofstede o.fl., 2017) og þverfaglegt samstarf var ekki til staðar (Hussin o.fl., 2018) (sjá töflu 4).

Þema sem lýsa styðjandi og hindrandi þáttum

Þegar rýnt var í niðurstöður greinanna 11 sem teknar voru fyrir í samantektinni má greina fimm þema sem lýsa þáttum sem geta ýmist stutt eða hindrað góða meðferð við lok lífs á deildum utan sérhæfðra líknardeilda: hæfni og þekking; mönnun; umhverfi; samskipti og samtal um lífslokameðferð; og sameiginleg sýn á lífslokameðferð. Hvert þema lýsir þætti sem getur ýmist stutt við eða hindrað góða meðferð við lok lífs á deildum sem ekki eru sérhæfðar líknardeildir. Þemun má sjá í töflu 5.

Hæfni og þekking

Niðurstöður rannsókna gáfu til kynna að kunnátta og reynsla í lífslokameðferð var styðjandi þáttur í tengslum við góða meðferð við lok lífs á deildum sem ekki voru sérhæfðar líknardeildir (Haavisto o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018; Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; Masotti o.fl., 2021; McKeown o.fl., 2015). Þegar kom að því að efla kunnátta með námskeiðum eða kennslu voru vísbendingar um að hefðbundin kennsla á borð við fyrirlestra dygði ekki ein og sér til að auka skilning og klíniska færni hjúkrunarfræðinga (Omidi o.fl., 2020) þó að vissulega hefði kennsla í lífslokameðferð jákvæð áhrif eins og betri einkenameðferð, fækkun tilgangslausra inngrípa og eflingu samskipta við sjúklinga og ættingja (Masotti o.fl., 2021). Að sama skapi gáfu niðurstöður til kynna að skortur á kunnátta í lífslokameðferð var hindrandi þáttur (Anderson o.fl., 2016; Binda o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018; Omidi o.fl., 2020; Verhofstede o.fl., 2017) og kom kunnáttuleysið m.a. fram í óöryggi við að sinna einkenameðferð (Andersson o.fl., 2016; Binda o.fl., 2021; Verhofstede o.fl., 2017), vegna þess að fagaðilar áttu erfitt með að átta sig á því hvenær lífslok voru yfirvofandi (Binda o.fl., 2021) eða í tengslum við að leiðbeiningar um lífslokameðferð vantaði (Andersson o.fl., 2016; Binda o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018).

Mönnun

Það að hafa nægilega mönnun til að sinna deyjandi sjúklingum var mikilvægur þáttur. Góð og viðeigandi mönnun var talin hafa styðjandi áhrif á lífslokameðferð veitta á deildum sem ekki voru sérhæfðar líknardeildir (Haavisto o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018) á meðan skortur á starfsfólki og of margir sjúklingar hafði hindrandi áhrif (Andersson o.fl., 2016; Jors o.fl., 2014). Þegar bornar voru saman sérhæfðar

líknardeildir og deildir sem ekki höfðu slíka sérhæfingu var mönnun betri á sérhæfðum líknardeildum ásamt því að þverfagleg samvinna var betri (Jors o.fl., 2014).

Umhverfi

Aðstæður til að sinna lífslökameðferð voru ekki alltaf eins og best verður á kosið. Að geta boðið upp á rólegt og þægilegt umhverfi studdi við góða meðferð við lok lífs, hvort sem það var með einbýlum (Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; McKeown o.fl., 2015) með þægilegu og friðsælu umhverfi (Haavisto o.fl., 2021; Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; McKeown o.fl., 2015) eða með því að bjóða ættingjum upp á rúm til að sofa í (Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018). Hindrandi þættir voru einkum skortur á einbýlum og að aðstæður á deild voru ekki góðar þar sem mikill asi einkennir oft almennar deildir þar sem bæði er verið að sinna sjúklingum í læknanandi meðferð en einnig deyjandi sjúklingum. Á slíkum deildum getur verið erfitt að skapa þá ró sem ákjósanleg er fyrir sjúklinga við lok lífs (Andersson o.fl. 2016; Jors o.fl., 2014).

Samskipti og samtali um lífslökameðferð

Að mati hjúkrunarfræðinga studdu góð samskipti við góða meðferð við lok lífs (Haavisto o.fl., 2021; McKeown o.fl., 2015) og var það áþekkt því sem ættingjar töldu vera styðjandi (Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; McKeown o.fl., 2015). Aðkoma líknarráðgjafateymis var talið auka gæði lífslökameðferðar í mörgum tilfellum (Binda o.fl., 2021) sem og virk meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga (Haavisto o.fl., 2021; McKewon o.fl., 2015) en hjúkrunarfræðingar ættu að vera talsmenn sjúklinga sinna og stöðva óþarfa inngrip sem valda óþarfa vanlíðan (Haavisto o.fl., 2021). Þegar kom að samskiptum við sjúklinga og ættingja voru hindrandi þættir einkum í formi skorts á samskiptum (Andersson o.fl., 2016; Hussin o.fl., 2018). Var það m.a. vegna skorts á kunnáttu við að hefja samtalið við sjúklinga og/eða aðstandendur um meðferðarmarkmið, versnun á sjúkdómi og mögulega lífslökameðferð (Andersson o.fl., 2016). Kom það m.a. fram þannig að á meðan umræðan og ákvörðunin um lífslökameðferð hafði ekki átt sér stað var óþarfa inngripum beitt, í sumum tilfellum of lengi, og einkenameðferð var jafnvel ekki nægilega árangursrík (Binda o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018; Jors o.fl., 2014; Verhofstede o.fl., 2017). Eftir kennslu í lífslökameðferð, með áherslu á að draga úr einkennum og vanlíðan án þess að beita lífslengjandi aðferðum, fækkaði tilgangslausum inngripum og samskipti böttnuðu (Masotti o.fl., 2021).

Sameiginleg sýn á lífslökameðferð

Sýn á lífslökameðferð snýr að sýn stofnunar, sýn starfsmanna og sýn sjúklings og ættingja. Sú sýn sem einstaklingar höfðu á það hvort meðferð við lok lífs á deildunum væri góð var ekki alltaf sú sama og töldu t.d. lækna að vel væri staðið að einkenameðferð og samskiptum við ættingja á meðan hjúkrunarfræðingar töldu að illa væri staðið að lífslökameðferð og óþarfa inngripum væri beitt of lengi (Jors o.fl., 2014). Skortur á klínískum leiðbeiningum (Andersson o.fl., 2016; Hussin o.fl., 2018) og aðgengi að sérhæfðri líknarmeðferð var hindrandi þáttur (Binda o.fl., 2021). Einnig töldu ættingjar í sumum tilfellum að betur væri staðið að lífslökameðferð en fagaðilar töldu (Bertocchi o.fl., 2020).

UMRÆÐA

Tilgangur samantektarinnar var að varpa ljósi á hvaða þættir það eru sem styðja við og hvaða þættir það eru sem hindra góða meðferð við lok lífs sem veitt er á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir. Aðeins 11 greinar fundust um efnið sem uppfylltu inntökuskilyrði og því byggir samantektin á fremur fáum heimildum. Engu að síður gefa niðurstöður samantektarinnar vísbendingar um að ákveðnir þættir skipti sköpum í góðri meðferð við lok lífs og geti stutt eða hindrað hana. Þeir þættir sem rannsóknir benda til að geti stutt eða hindrað góða meðferð við lok lífs á deildum sem ekki eru sérhæfðar líknardeildir lúta að hæfni og þekkingu starfsfólks, mönnun, umhverfinu, samskiptum og samtali um lífslökameðferð milli fagaðila og við sjúkling og fjölskyldu hans, og sameiginlegri sýn þessara aðila á lífslökameðferð.

Styðjandi þættir lífslökameðferðar

Í þeim heimildum sem teknar voru til greiningar kom fram mikill samhljómur í þeim þáttum sem teljast styðjandi í tengslum við góða meðferð við lok lífs á deildum utan sérhæfðra líknardeilda. Þeir þættir voru: hæfni og þekking í lífslökameðferð (Haavisto o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018; Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; Masotti o.fl., 2021; McKewon o.fl., 2015), góð mönnun (Haavisto o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018), þægilegt og rólegt umhverfi sem lífslökameðferð er veitt í (Haavisto o.fl., 2021; Jóhannesdóttir og Hjörleifsdóttir, 2018; McKeown o.fl., 2015), stuðningur við ættingja eða þverfagleg samvinna (Haavisto o.fl., 2021) góð samskipti og að umræða um breytta meðferð var tekin á viðeigandi tíma og óþarfa inngripum hætt (Masotti o.fl., 2021). Eru þessar niðurstöður í samræmi við þær leiðbeiningar sem hafðar eru til hliðsjónar þegar meðferð við lok lífs er veitt og þeim 10 atriðum sem talin eru tryggja gæði lífslökameðferðar (Ellershaw og Lakhani, 2013; Landspítali, 2017) (sjá töflu 1). Þau tíu atriði koma m.a. inn á góð samskipti, einkenameðferð, opna umræðu um meðferðaráætlun, reglubundið endurmat á líðan sjúklings og virðingu við sjúkling og aðstandendur auk mikilvægis þess að endurskoða reglulega ef inngripum er beitt, s.s. vökvagjöf í æð. Öll þessi atriði byggjast á því að búið sé að greina að sjúklingur sé deyjandi og er það grundvallaratriði þegar kemur að lífslökameðferð. Fyrri rannsóknir sýna að heimilislegar aðstæður og einbýli skipta einnig máli fyrir góða lífslökameðferð utan sérhæfðra líknardeilda (Johansson og Lindahl, 2012; McCallum og McConigley, 2013). Þegar kemur að mati heilbrigðisstarfsfólks á hversu vel þeim þótti takast að veita góða lífslökameðferð var munur á mati lækna og hjúkrunarfræðinga þar sem í öllum tilfellum þótti læknum betur staðið að meðferðinni samanborið við hjúkrunarfræðinga (Bertocchi o.fl., 2020; Binda o.f., 2021; Jors o.fl., 2014; McKeown o.fl., 2015).

Hindrandi þættir lífslökameðferðar

Samhljómur í þeim þáttum sem teljast hindrandi í tengslum við meðferð við lok lífs var ekki síður mikill en í styðjandi þáttunum. Þeir þættir sem hindruðu árangursríka lífslökameðferð voru: skortur á hæfni og reynslu í lífslökameðferð (Andersson o.fl., 2016; Binda o.fl., 2021; Verhofstede o.fl., 2017), mönnun var ekki næg og hjúkrunarfræðingar voru með fjölbreyttan sjúklingahóp (Andersson o.fl., 2016; Jors o.fl., 2014), vöntun var á einbýlum

(Andersson o.fl., 2016; Jors o.fl., 2014), lítið var um samskipti og vöntun var á meðferðaráætlun og klínískum leiðbeiningum (Andersson o.fl., 2016; Hussin o.fl., 2018). Aðrir hindrandi þættir voru þegar ekki var rætt um meðferðarmarkmið og væntanleg lífslok og lífslokameðferð (Andersson o.fl., 2016), óþarfa inngripum var ekki hætt (Binda o.fl., 2021; Hussin o.fl., 2018; Jors o.fl., 2014; Verhofstede o.fl., 2017) og þverfaglegt samstarf var ekki til staðar (Hussin o.fl., 2018). Eru þessar niðurstöður í samræmi við fjölmargar rannsóknir sem benda á þætti sem eru hindrandi þegar kemur að góðri meðferð við lok lífs. Eru það þættir eins og skortur á kunnáttu sem kom t.d. fram sem ótti hjúkrunarfræðinga við að sinna einkenameðferð (Kurnia o.fl., 2020) eða því að fagaðilar áttu erfitt með að átta sig á því hvenær lífslok voru yfirvofandi (Bloomer o.fl. 2013), hræðsla við að sinna meðferð við lok lífs (Bloomer o.fl., 2013; Fallon og Foley, 2012; Frey o.fl., 2014), tímaskortur vegna lélegrar mönnunar og fjölbreytts sjúklingahóps (Chan o.fl., 2019; Kurnia o.fl., 2020; Shen o.fl., 2019) og skortur á einbýlum (Bloomer o.fl., 2013).

Takmarkanir samantektarinnar

Þessi fræðilega samantekt er ekki án takmarkana en þjónar þó engu að síður tilgangi sínum. Tveir gagnagrunnar voru notaðir í leit að heimildum, en þeir voru valdir þar sem forkönnun sýndi að þeir gáfu flestar heimildir um efnið. Hins vegar er ekki útilokað að einhverjar rannsóknir til viðbótar hefðu fundist með leit í fleiri gagnagrunnum. Ekki var heldur leitað sérstaklega að heimildum út fyrir rafræna gagnagrunna eins og leyfilegt er í tengslum við fræðilegar samantektir með kögunarsniði (Munn o.fl., 2018; Polit og Beck, 2021; Tricco o.fl., 2018) og er ekki útilokað að við slíka leit hefðu fundist viðeigandi heimildir.

Athyglisvert þótti að nánast allar rannsóknirnar sem samantektin byggir á eru frá Evrópu. Engin var frá Bandaríkjunum, Bretlandi eða Eyjaálfu og velta má fyrir sér hvers vegna það er. Einnig voru engar rannsóknir frá tímabilinu 2011–2013 þrátt fyrir að sá tími félli innan tímarammans sem lagt var upp með í heimildaleitinni. Geta slíkar niðurstöður gefið skakka mynd af styðjandi og hindrandi þáttum í tengslum við lífslokameðferð á heimsvísu og lýst einungis aðstæðum á afmörkuðum svæðum heims.

ÁLYKTANIR

Krafa um markvissa gagnreynda meðferð við lok lífs er til staðar og mörgum hjúkrunarfræðingum finnst þá skorta þekkingu og hæfni til að veita slíka meðferð. Þessi fræðilega samantekt varpar ljósi á hvaða þættir það eru sem styðja við og hvaða þættir það eru sem hindra góða meðferð við lok lífs sem veitt er á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir. Þegar styðjandi og hindrandi þættir eru skoðaðir koma fram áhugaverðar og nokkuð afgerandi niðurstöður að því leyti að efnislega eru það sömu þættir sem geta verið hvort tveggja styðjandi og hindrandi þegar kemur að góðri meðferð við lok lífs. Þegar þættir eins og hæfni í að veita góða meðferð við lok lífs, góð mönnun, þverfaglegt umhverfi, stuðningur við ættingja, góð samskipti, þverfaglegt samstarf, góðar aðstæður til að veita lífslokameðferð eru til staðar teljast þeir vera styðjandi. Hins vegar ef þeir eru ekki til staðar telst það vera hindrun

í að veita góða meðferð við lok lífs á deildum sem eru ekki sérhæfðar líknardeildir. Þegar niðurstöður samantektarinnar eru skoðaðar í tengslum við *Meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga* (MÁD, sjá töflu 1) sem byggir á *Best care for the dying person* (Ellershaw og Lakhani, 2013; Landspítali, 2017) er ljóst að flestir þeir þættir sem töldust styðjandi í heimildum samantektarinnar voru þeir þættir sem taldir eru tryggja gæði lífslokameðferðar og kemur það ekki á óvart. Út frá því er mikilvægt að fylgja meðferðaráætlun fyrir deyjandi þegar kemur að meðferð við lok lífs, hvort sem það er á sérhæfðum líknardeildum eða deildum utan þeirra. Til þess að geta nýtt áætlunina er svo mikilvægt að átta sig á því hvenær andlát er yfirvofandi því það er fyrsta skrefið í átt að góðri meðferð við lífslok.

Samantektin getur þannig nýst hjúkrunarfræðingum sem ábending og eða grunnur að bættri meðferð við lok lífs. Niðurstöður samantektarinnar ættu að nýtast til að setja fram gagnreynda áætlun um áhrifaríka leið til að styðja við góða lífslokameðferð á deildum utan sérhæfðra líknardeilda. Samantektin felur í sér mikilvæg skilaboð til klínískra stjórnenda í hjúkrun, ráðamanna í heilbrigðisþjónustu og þeirra sem sinna kenndu og rannsóknum í heilbrigðisvísindum.

Í nýlegum skýrslum heilbrigðisyfirvalda á Íslandi (Heilbrigðisráðuneytið, 2019; Velferðarráðuneytið, 2017) er þörfin á líknar- og lífslokameðferð á Íslandi greind og settar fram tillögur sem hefur verið fylgt eftir í aðgerðaráætlun stjórnvalda um líknarþjónustu á Íslandi 2021–2025 (Heilbrigðisráðuneytið, 2021). Í skýrslunum kemur fram að efla þarf fræðslu til starfsfólks, hafa skýra verkferla og stöðluð matstæki, skilgreina þörf einstaklinga fyrir líknar- og lífslokameðferð og að mikilvægt sé að nýta líknarráðgjafateymi þegar meðferð við lok lífs er veitt. Er það í samræmi við niðurstöður þessarar samantektar og styður því samantektin við niðurstöður skýrslanna.

Samantektin styður:

- Stjórnendur og ráðamenn í að tryggja viðunandi aðstæður sem eru nauðsynlegar til að veita góða meðferð við lok lífs á heilbrigðisstofnunum og gera heilbrigðisstarfsmönnum kleift að sækja sér þjálfun og fræðslu um meðferð við lok lífs.
- Klínísk hjúkrunarfræðinga til að leita sér fræðslu og þjálfunar í meðferð við lok lífs, sama hvort þeir starfa á bráðalegudeildum sjúkrahúsa eða hjúkrunardeildum hjúkrunarheimila.
- Það að kennsla sem lýtur að meðferð við lok lífs verði eflað í grunnnámi hjúkrunar með það fyrir augum að auka hæfni nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga í að nýta sér þær leiðbeinandi áætlanir og verkferla sem þegar eru til staðar og að hjúkra deyjandi sjúklingum af meira öryggi.
- Innleiðingu og notkun *Meðferðaráætlunar fyrir deyjandi sjúklinga* þar sem deyjandi einstaklingum er sinnt.
- Frekari rannsóknir á viðfangsefninu, ekki síst hvað kenndu og þjálfun varðar og innleiðingu á gagnreyndri meðferð við lok lífs.

ENGLISH SUMMARY

End-of-life care in non-specialized palliative care settings: A scoping review

Geirsdóttir, G. E., Ólafsdóttir, K. L., Bragadóttir, H.

Background

Specialized palliative care wards are staffed with healthcare professionals experienced and educated in palliative care, and are often better staffed than general inpatient wards. Patients with severe symptoms and complex problems, can receive the specialized palliative care they need in these wards. End-of-life care is not only provided in these specialized palliative care wards, but also within other health care settings where the conditions are suboptimal for this type of care and staff may lack competence in palliative and end-of-life care.

Aim

The aim of this study was to answer the research question: What are the facilitators and barriers to good end-of-life care in non-specialist palliative care wards?

Method

This scoping review follows the Joanna Briggs Foundation guidelines, the five-stage methodological framework of Arksey and O'Malley and the PRISMA-ScR. PubMed and Cinahl databases were searched. The keywords were: general ward, hospital ward, medical ward, medicine ward, palliative care, terminal care, end-of-life care, nurses, nursing and nurse.

Results

The literature search identified 367 studies with 11 of them meeting the inclusion criteria. The results are presented as five themes describing factors identified as facilitators or barriers characterizing good end-of-life care in non-specialized palliative care settings: 1) competence and knowledge of staff, 2) staffing, 3) environment, 4) communication and discussions of end-of-life care and 5) shared vision on end-of-life care. Facilitating factors were competence in end-of-life care, ample staffing, a supportive environment, a care plan for the dying person, clinical guidelines, and good communication. Barriers were incompetence in end-of-life care, too high patient load, lack of private patient rooms, lack of clinical pathways and interdisciplinary teamwork, and the communication on the imminent death of the patient occurring too late.

Conclusion

With training and education, optimal circumstances, and environment, end-of-life care can be improved in non-specialized palliative care settings. Further studies are needed on the matter, with focus on successful implementation of end-of-life care in non-specialized palliative care settings.

Keywords

Barriers, competence, end-of-life care, facilitators, general inpatient ward, nursing, palliative care ward, scoping review

Correspondent:
geg1@hi.is

HEIMILDIR

- Alshammari, F., Sim, J., Lapkin, S. og Stephens, M. (2022). Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Education in Practice*, 59. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103294>
- Andersson, E., Salickiene, Z. og Rosengren, K. (2016). To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38, 44-149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Arksey, H. og O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8a(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bertocchi, E., Artioli, G., Rabitti, E., Bedini, G., Di Leo, S., Sierra, N. M. A., Braglia, L. og Costantini, M. (2020). Quality of cancer end-of-life care: Discordance between bereaved relatives and professional proxies. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 0, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002108>
- Binda, F., Clari, M., Nicolò, G., Gambazza, S., Sappa, B., Bosco, P. og Laquinatana, D. (2021). Quality of dying in hospital general wards: A cross-sectional study about the end-of-life care. *BMC Palliative Care*, 20(153). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00862-8>
- Bloomer, M. J., Endacott, R., O'Connor, M. og Cross, W. (2013). The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*, 27(8), 757-764. <https://doi.org/10.1177/0269216313477176>
- Chan, W. H. C., Chow, M. C. M., Chan, S., Sanson-Fisher, R., Waller, A., Lai, T. T. K. og Kwan, C. W. M. (2019). Nurses' perception of and barriers to the optimal end-of-life care in hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1209-1219. <https://doi.org/10.1111/jocn.15160>
- den Herder-van der Eerden, M., van Wijngaarden, J., Payne, S., Preston, N., Linge-Dahl, L., Radbruch, L., Van Beek, K., Menten, J., Busa, C., Csikos, A., Vissers, K., van Gorp, J. og Hasselaar, J. (2018). Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: A qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries. *Palliative Medicine*, 32(6), 1091-1102. <https://doi.org/10.1177/0269216318758194>
- Ellershaw, J. E. og Lakhani, M. (2013). Best care for the dying patient. *BMJ*, 347(7918). <https://doi.org/10.1136/bmj.74428>
- Fallon, M. og Foley, P. (2012). Rising to the challenge of palliative care for non-malignant disease. *Palliative Medicine*, 26(2), 99-100. <https://doi.org/10.1177/0269216312437281>
- Frey, R., Gott, M., Raphael, D., O'Callaghan, A., Robinson, J., Boyd, M., Laking, G., Manson, L. og Snow, B. (2014). Clinical staff perceptions of palliative care-related quality of care, service access, education and training needs and delivery confidence in an acute hospital setting. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 4(4), 381-389. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000346>
- Haavisto, E., Soikkeli-Jalonen, A., Tonteri, M. og Huupli, M. (2021). Nurses' required end-of-life care competence in health centres inpatient ward – a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35, 577-585. <https://doi.org/10.1111/scs.12874>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2019). *Framtíðarskipan líknarþjónustu á Íslandi – með sérstakri áherslu á höfuðborgarsvæðið, Suðurnes, Vesturland og Suðurland*. Stjórnarráð Íslands. <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsarskrar/L%20C3%ADknarsk%C3%BDrsla-loka%C3%BAtg%C3%A1fa%2027%20n%20n%20C3%B3v.pdf>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2021). *Líknarþjónusta: Fimm ára aðgerðaráætlun 2021 til 2025*. Stjórnarráð Íslands. https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Liknarhjonusta-5_ara_adgerdaraaetlun_2021-25.pdf
- Holms, N., Milligan, S., og Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(11), 549-556. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.11.549>
- Hussin, E. O. D., Wong, L. P., Chong, M. C. og Subramanian, P. (2018). Nurses' perceptions of barriers and facilitators and their associations with the quality of end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 688-702. <https://doi.org/10.1111/jocn.14130>
- Johansson, K. og Lindahl, B. (2012). Moving between rooms – moving between life and death: Nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2034-2043. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x>
- Jors, K., Adami, S., Xander, C., Meffert, C., Gaertner, J., Bardenheuer, H., Buchheider, D., Mayer-Steinacker, R., Viehrg, M., George, W. og Becker, G. (2014). Dying in cancer centres: Do the circumstances allow for a dignified death? *Cancer*, 120(20), 3254-3260. <https://doi.org/10.1002/cncr.28702>
- Jóhannesdóttir S. og Hjörleifsdóttir, E. (2018). Communication is more than just a conversation: Family members' satisfaction with end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(10), 483-491. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.10.483>
- Karbasi, C., Pacheco, E., Bull, C., Evanson, A. og Chaboyer, W. (2018). Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalized adults: A mixed studies review. *Nurse Education Today*, (71), 60-74. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.007>
- Kurnia, T. A., Trisyani, Y. og Prawesti, A. (2020). The relationship between nurses' knowledge and self-confidence in implementing palliative care in an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(4), 183-190. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.4.183>
- Landsþítali. (2017). *Klínískar leiðbeiningar um líknarmedferð*. 2. útgáfa. Sótt (22.01.2022) á <https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/Liknarmedferd/Liknarmedferd.pdf>
- Levac, D., Colquhoun, H. og O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implement Science*, 5(69). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lind, S., Bengtsson, A., Alvariza, A., og Klarare, A. (2022). Registered nurses' experiences of caring for patients transitioning from curative to palliative care: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, in press. <https://doi.org/10.1111/nhs.12982>
- Ljungbeck, B., Forss, K. S., Finnbogadóttir, H. og Carlson, E. (2019). Curricula and learning objectives in nurse practitioner programmes: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 9(7), e028699. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028699>
- Masotti, L., Stefanelli, V., Veneziani, N., Calamassi, D., Morino, P., Niccolini, S., Dainelli, F., Maggi, F., Marchese, A., Cianti, S., Geraci, A., Vecchio, R., Ballola, A. C. og Regoli, S. (2021). Burden of an educational program on end of life management in internal medicine ward: A real life report. *La Clinica Terapeutica*, 172(2), 151-157. <http://dx.doi.org/10.7417/CT.2021.2303>
- McCallum, A. og McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: A descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 25-30. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.1.25>
- McKeown, K., Haase, T., Pratschke, J., Twomey, S., Donovan, H. og Engling, F. (2015). Determinants of care outcomes for patients who die in hospital in Ireland: A retrospective study. *BMC Palliative Care*, 14(11), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0014-2>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. og Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(143), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Omid, K., Dehghan, M. og Shahrbabaki, M. (2020). Effectiveness of a traditional training method in increasing long-term end-of-life care perception and clinical competency among oncology nurses: A pilot clinical trial. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 287-294. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_15_20
- Peters, G. C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. og Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. Í E. Aromataris og Z. Munn (ritstj.) *JBI Manual for evidence synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Polit, D. F. og Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. útg.). Wolters Kluwer.
- Reville, B. og Foxwell, A. M. (2014). The global state of palliative care – progress and challenges in cancer care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 129-138. <http://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.03>
- Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., Doble, B., Dullie, L., Durie, R., Finkelstein, E. A., Guglani, S., Hodson, M., Husebø, B.S., Kellehear, A., Kitzinger, C., Knaul, F. M., Murray, S. A., Neuberger, J., O'Mahony, S., ... Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*. S0140-6736(21)02314-X. Epub ahead of print. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)
- Shen, Y., Nilmanat, K. og Promnoi, C. (2019). Palliative care nursing competence of Chinese oncology nurses and its related factors. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 21(5), 404-411. <http://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000581>
- Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir. (2012). Þættir sem hafa áhrif á vinnu hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á bráðaleguleidum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88(1), 46-56.
- Svandís Íris Hálfánardóttir, Kristín Lára Ólafsdóttir og Valgerður Sigurðardóttir. (2017). Tíðni einkenna og meðferð þeirra á síðasta sólarhring lífs hjá deyjandi sjúklingum á Landspítala og á hjúkrunarheimilum. *Læknablaðið*, 103, 223-228. <https://doi.org/10.17992/ibl.2017.05.135>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7):467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tung, J., Chadder, J., Dudgeon, D., Louzado, C., Niu, J., Rahal, R. og Sinnarajan, A. (2019). Palliative care for cancer patients near end of life in acute-care hospitals across Canada: A look at the inpatient palliative care code. *Current Oncology*, 26(1), 43-47. <https://doi.org/10.3747/co.26.4563>
- Velferðarráðuneytið. (2017). *Sambætting líknar- og lífslokameðferðar: Norðlenska líkanið*. Stjórnarráð Íslands. <https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit-skyrslur-og-skrar/L%20c3%ADknarsk%C3%BDrsla%20060218.pdf>
- Verhofstede, R., Smets, T., Cohen, J., Eeclou, K., Costantini, M., Van Den Noortgate, N. og Deliens, L. (2017). End-of-life care and quality of dying in 23 acute geriatric hospital wards in Flanders, Belgium. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 693-702. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.363>
- Wong, K., McLaughlan, R., Collins, A. og Philip, J. (2021). Designing the physical environment for inpatient palliative care: A narrative review. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003087>
- World Health Organization. (2014). First ever global atlas identifies unmet need for palliative care. <https://www.who.int/news/item/28-01-2014-first-ever-global-atlas-identifies-unmet-need-for-palliative-care>
- World Health Organization. (2018). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2020, ágúst). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Þórunn Pálsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir. (2016). Könnun á mati hjúkrunarfræðinga á eigin færni í lífslokameðferð og viðhorfum þeirra til notkunar meðferðarferlisins Liverpool Care Pathway: Forþrófun á spurningalistanum End-of-life care. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 92(3), 1-12.