



## **Tidigt integrerad palliativ vård för patienter med hjärtsvikt**

En kvalitativ litteraturöversikt

## **Early integrated palliative care for patients with heart failure**

A qualitative literature review

<b>Namn</b>	Martina Blennmyr
<b>Namn</b>	Linnéa Wirsell
<b>Program, hp</b>	Specialistsjuksköterskeprogram med inriktningen palliativ vård, 60 hp
<b>Kurs, hp</b>	Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp
<b>Termin, år</b>	HT24
<b>Kurskod</b>	GPA105
<b>Handledare</b>	Maja Holm
<b>Examinator</b>	Cecilia Larsdotter

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Hjärtsvikt drabbar cirka två procent av Sveriges befolkning, varav upp till tio procent är över 80 år. Kronisk hjärtsvikt orsakas ofta av kardiovaskulära sjukdomar och hypertoni, vilket påverkar flera organ och leder till trötthet samt försämrad livskvalitet. Trots att palliativ vård kan förbättra livskvaliteten vid hjärtsvikt, försvåras dess tidiga integrering av sjukdomens oförutsägbara förlopp, bristande samverkan och avsaknad av tydliga strategier. Detta skapar ett behov av att undersöka faktorer som påverkar förutsättningarna för en mer jämlik och sammanhållen vård vid hjärtsvikt.

**Syfte:** Syftet är att undersöka faktorer som påverkar integrering av tidig palliativ vård vid hjärtsvikt.

**Metod:** En litteraturoversikt med induktiv ansats genomfördes via CINAHL, PubMed och PsycINFO. Analysen omfattade 13 kvalitativa studier med stöd av teorin *Person-Centred Practice Framework* (PCPF).

**Resultat:** Kommunikation är avgörande för att integrera palliativ vård tidigt men osäkerheten bland vårdgivare kring när och hur dessa samtal ska föras utgör hinder. Teamsamverkan kan förbättra samordning men brist på tydliga riktlinjer och rollfördelning kan försena insatser. Bedömningsverktyg kan stödja identifieringen av palliativa vårdbehov men behöver anpassas till hjärtsviktens oförutsägbara förlopp. Standardiserade vårdförlopp med tydliga remissrutiner och strukturerad uppföljning kan underlätta integrering men organisatoriska hinder och resursbrist försvårar implementeringen.

**Slutsats:** För att möjliggöra tidig integrering av palliativ vård krävs strukturerad kommunikation, teamsamverkan och ett personcentrerat förhållningssätt. Brist på kunskap kan leda till att samtal fördröjs men utbildning och handledning kan minska denna osäkerhet. En sammanhållen vård där kardiologi och palliativ vård samverkar kan minska fragmentering, förbättra symtomlindring och stärka patientens delaktighet i vården.

**Nyckelord:** 'hjärtsvikt', 'tidig integrering', 'vårdgivare', 'palliativ vård'

## Abstract

**Background:** Heart failure affects approximately two percent of Sweden's population, with up to ten percent being over 80 years old. Chronic heart failure is often caused by cardiovascular disease and hypertension, impacting multiple organs and leading to fatigue and reduced quality of life. Although palliative care can improve quality of life in heart failure, its early integration is hindered by the disease's unpredictable course, lack of coordination, and absence of clear strategies. This highlights the need to examine factors influencing a more equitable and cohesive approach to heart failure care.

**Aim:** The aim was to examine factors influencing the integration of early palliative care in heart failure.

**Method:** A literature review with an inductive approach was conducted using CINAHL, PubMed, and PsycINFO. The analysis included 13 qualitative studies, guided by the *Person-Centred Practice Framework* (PCPF).

**Results:** Communication is crucial for early palliative care integration, yet uncertainty among healthcare providers about when and how to initiate these conversations remains a barrier. Team collaboration can enhance care coordination, but a lack of clear guidelines and role distribution may delay interventions. Assessment tools can support the identification of palliative care needs but must be adapted to the unpredictable trajectory of heart failure. Standardized care pathways with clear referral routines and structured follow-ups can facilitate integration, though organizational barriers and resource limitations complicate implementation.

**Conclusion:** Structured communication, team collaboration, and a person-centred approach are essential for the early integration of palliative care. Lack of knowledge may delay discussions, but education and supervision can reduce this uncertainty. A coordinated approach where cardiology and palliative care work together can reduce fragmentation, improve symptom management, and enhance patient involvement in care.

**Keywords:** 'heart failure', 'early integration', 'Health personnel', 'palliative care'

## Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Palliativ vård.....	1
Hjärtsvikt.....	2
Samverkan.....	3
Tidig integrerad palliativ vård.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE.....	6
TEORETISK REFERENSRAM.....	6
METOD.....	7
Design.....	7
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	11
RESULTAT.....	12
Betydelsen av kommunikation och samverkan.....	12
Bedömningsverktyg och standardiserade riktlinjer.....	14
Organisatoriska och strukturella förutsättningar.....	16
Behov av utbildning och kunskap.....	17
Inställning till palliativ vård.....	18
DISKUSSION.....	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	23
SLUTSATS.....	25
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	25
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING.....	26
Referensförteckning.....	27

## Bilagor

Bilaga 1: Sökmatrix

Bilaga 2: Kvalitetsgranskningsmall

Bilaga 3: Matrix över urval av artiklar till resultat

## INLEDNING

Palliativ vård har under de senaste decennierna utvecklats från att enbart innebära vård i livets slutskede till att även omfatta insatser i ett tidigare stadiet av obotlig och progressiv sjukdom. Detta skifte speglar en växande medvetenhet om vikten av att integrera palliativa åtgärder med livsförlängande behandlingar för att främja delaktighet och ge ett ökat välbefinnande under hela sjukdomsförloppet. Målet är inte bara att lindra lidande och förbättra livskvaliteten utan också att skapa förutsättningar för en värdig och trygg sista tid i livet. Utifrån vår kliniska erfarenhet som vårdsamordnare i primärvården och i ett specialiserat palliativt team har det identifierats ett ökat behov av samverkan kring patienter med hjärtsvikt och palliativa vårdbehov. Trots komplexa symtom som hjärtsvikt kan ge är tillgången till palliativ vård inte jämlik. Detta har väckt ett intresse för att undersöka faktorer som påverkar integrering av tidig palliativ vård vid hjärtsvikt.

## BAKGRUND

### Palliativ vård

Palliativ vård är en helhetsinriktad vårdform som har målsättningen att lindra lidande och främja livskvalitet hos människor med obotlig och progressiv sjukdom (World Health Organisation [WHO], 2020). För att uppnå bästa möjliga livskvalitet krävs därför ett palliativt förhållningssätt där patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov beaktas, samtidigt som strukturerat stöd erbjuds till närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2019; WHO, 2020). WHO:s definition är bredare och inkluderar palliativ vård i tidigare skede av sjukdomen med global relevans medan Socialstyrelsen fokuserar på palliativ vård i livets slut med ett svenskt, nationellt perspektiv och riktlinjer för god vård under de sista dagarna eller veckorna i livet. Palliativ vård ska erbjudas till alla som behöver det, oavsett ålder eller diagnos (Socialstyrelsen, 2013; WHO, 2020). Historiskt sett utvecklades den palliativa vården för att lindra lidande hos patienter med cancerdiagnos med allvarliga symtom (Vestergaard et al., 2021). Trots ambitionen att nå fler patientgrupper är det fortfarande framför allt patienter med cancerdiagnos som dominerar den specialiserade palliativa vården. Inom cancervården finns dock ojämlikheter, där faktorer som ålder, samsjuklighet och boendeform påverkar sannolikheten att få tillgång till palliativ vård (Bergqvist et al., 2022). Ojämlig vård kan bero på flera faktorer, däribland att icke-cancerrelaterade sjukdomar ofta inte erkänns som livshotande samt svårigheter att förutse hur sjukdomsförloppet och funktionsförmågan hos dessa patienter kommer att utvecklas (Vestergaard et al., 2021). Palliativ vård bör utformas utifrån patientens behov snarare än deras diagnos. Detta tillvägagångssätt är avgörande för att säkerställa att både patienter med cancer och de patienter med andra diagnoser såsom exempelvis hjärtsvikt får tillgång till palliativ vård i livets slut (Vestergaard et al., 2021).

En ny definition av palliativ vård, presenterad av International Association of Hospice and Palliative Care [IAHPC], skiftar fokus från livshotande sjukdom som det primära

skälet för palliativ vård till att i stället beakta allvarligt lidande hos personer med svår sjukdom (Radbruch et al., 2020). Detta innebär att patienten kan ha veckor, månader eller år kvar att leva och där sjukdomstillståndet förväntas leda till döden.

Palliativ vård kan initieras tidigt i sjukdomsförloppet, ofta parallellt med livsförlängande behandling för att förbättra patientens livskvalitet under hela sjukdomsförloppet (Socialstyrelsen, 2013). Kvaliteten på vården påverkas av flera centrala faktorer såsom patientens fysiska symtom, underliggande sjukdomar och pågående behandling (Hodiamont et al., 2019). Utöver dessa spelar även emotionella och existentiella aspekter en viktig roll i vården. Dessutom kan kulturell bakgrund, språkliga barriärer, socialt nätverk och relationer påverka både patientens beteende samt vårdförloppet. Vårdteamets sammansättning, kompetens och förmåga till samarbete är avgörande för att hantera dessa faktorer (Hodiamont et al., 2019).

Allmän palliativ vård står för 75% av den vården som bedrivs vid vård i livets slut, medan resterande erhåller specialiserad palliativ vård som riktar in sig på patienter med avancerade och mer komplexa vårdbehov (Axelsson, 2023, s. 20). I dessa situationer spelar specialistkompetens och samverkan i multidisciplinära vårdteam en avgörande roll för att säkerställa en högkvalitativ palliativ vård. Den sista tiden i livet kan vara en viktig och meningsfull period för både patient och närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). En "god död" innebär ofta att patienten får behålla sin självbild och integritet, har möjlighet till självbestämmande och kan fortsätta upprätthålla sina sociala relationer. Möjligheten att skapa mening, förstå sitt sammanhang och få effektiv symtomlindring är också centrala aspekter. God palliativ vård kännetecknas av att den är individuellt anpassad, holistisk och värnar om patientens värdighet (Socialstyrelsen, 2013).

### **Hjärtsvikt**

Hjärtsvikt drabbar cirka två procent av befolkningen i Sverige och omkring tio procent av dessa är över 80 år (Socialstyrelsen, 2018). Globalt sett finns det uppskattningsvis cirka 64 miljoner människor som lever med hjärtsvikt, högst förekomst i Ostasien, Nordamerika och Europa (Khan et al., 2024). Prevalensen varierar mellan olika regioner och populationer. I höginkomstländer har antalet stigit, delvis på grund av bättre behandling av kardiovaskulär sjukdom som förlänger överlevnad och därmed ökad risk för hjärtsvikt. Även i låg- och medelinkomstländer växer antalet vilket främst beror på faktorer som urbanisering, livsstilsförändringar och begränsad tillgång till sjukvård (Khan et al., 2024).

Hjärtsvikt har ett progressivt sjukdomsförlopp och ger en markant försämring av livskvaliteten trots optimala medicinska åtgärder (Socialstyrelsen, 2013). Det är inte en enskild sjukdom utan en grupp av symtom som varierar beroende på faktorer som

ålder, kön och etnisk tillhörighet (Sánchez-Marteles et al., 2016). Även rökning, övervikt, diabetes och alkoholkonsumtion har identifierats som bidragande orsaker till uppkomst av hjärtsvikt (Ambrosy et al., 2014). Hjärtsvikt kan utvecklas sekundärt vid ischemisk hjärtsjukdom, arytmier, hypertoni och vid infektioner. Vid långvarig och avancerad hjärtsvikt påverkas även andra organ, såsom hjärna, skelettmuskulatur och njurar. Detta leder till ökad trötthet och nedsatt livskvalitet (Ponikowski et al., 2016; Sánchez-Marteles et al., 2016). Hjärtmuskeln försvagas och blir stel vilket resulterar i att hjärtat inte orkar pumpa lika effektivt och att mindre blod förs ut till kroppens organ. När hjärtat inte kan pumpa blodet ordentligt uppstår venös stas. Vätskeansamling i kroppens vävnader resulterar i symtom som andfåddhet, försämrad cirkulation och trötthet (Ponikowski et al., 2016). Kroppens försök att kompensera, ökar hjärtfrekvensen och hjärtat får då arbeta hårdare vilket gör att hjärtmuskeln växer för att kunna pumpa ut mer blod i kroppen (Ambrosy et al., 2014; Sánchez-Marteles et al., 2016).

New York Heart Association-klassificeringen [NYHA] är en fyrgradig skala som används för att beskriva hur allvarlig hjärtsvikt är baserat på patientens symtom och hur mycket fysisk aktivitet hjärtat klarar av (Raphael et al., 2007; Socialstyrelsen, 2018). NYHA I, hjärtsvikt utan symtom. NYHA II, lätt begränsning av fysisk aktivitet, i vila upplevs inga symtom, men normal fysisk ansträngning kan leda till trötthet, andfåddhet eller hjärtklappning. NYHA III, påtaglig begränsning av fysisk aktivitet. Patienten har svårt att klara av vardagliga sysslor. NYHA IV, symtom förekommer vid minsta ansträngning. Patienter i denna klass kan ha allvarliga symtom även när de är stillasittande eller i vila, och de är ofta mycket begränsade i sin fysiska aktivitet (Raphael et al., 2007; Socialstyrelsen, 2018).

Prognosen för hjärtsvikt är allvarlig men de senaste åren har modern läkemedelsbehandling, användning av sviktpacemaker och förbättrad poliklinisk uppföljning lett till goda resultat för patienten (Socialstyrelsen, 2018). Behandlingen syftar till att förbättra hjärtats funktion, lindra symtom och förhindra att tillståndet förvärras (Wintrich et al., 2022). Den farmakologiska behandlingen fokuserar på att normalisera de fyra faktorer som påverkar hjärtats funktion vid hjärtsvikt: preload, afterload, kontraktilitet och hjärtfrekvens. ACE-hämmare (angiotensinkonvertashämmare) och betablockerare erbjuds alla patienter med hjärtsvikt om de tolererar behandlingen, medan diuretika används för att motverka salt- och vätskeretention samt minska kroppens överskott av vätska. Den icke-farmakologiska behandlingen innefattar bland annat kirurgiska ingrepp samt individuella livsstilsförändringar som viktnedgång, rökavvänjning, egenvård, näringsintag och fysisk träning (Wintrich et al., 2022).

### **Samverkan**

Socialstyrelsen definierar samverkan som ett strukturerat samarbete mellan olika aktörer såsom myndigheter, organisationer och professioner vilket innebär att parterna arbetar tillsammans för att förbättra vård och omsorg för individer och grupper i samhället (Socialstyrelsen, 2022). Hälso- och sjukvårdens övergripande mål är att

främja god hälsa och erbjuda vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska genomsyras av respekt för människors lika värde och för den enskildes värdighet. För att uppnå detta ska hälso- och sjukvårdsverksamhet inom regioner och kommuner bedrivas så att kraven på god vård uppfylls, vilket inkluderar att vården ska vara lättillgänglig (SFS 2017:30, lagändring SFS 2023:191). Brister i samverkan kan innebära allvarliga risker, inklusive avvikelser som kan leda till vårdskador. Det ska framgå av verksamhetens rutiner och processer hur samverkan ska bedrivas. För att förebygga vårdskador ska vårdgivaren identifiera de processer där samverkan är nödvändig (SOSFS 2011:9, lagändring HSLF-FS 2020:64).

Samverkan i vårdteam är en dynamisk process där två eller fler vårdgivare med kompletterande kunskaper och erfarenheter samarbetar för att uppnå gemensamma mål (Kesonen et al., 2025). Genom att samordna sina insatser och arbeta tillsammans för att bedöma, planera och utvärdera vården, säkerställs ett effektivt och sammanhållet vårdarbete. Detta samarbete bygger på öppen kommunikation, ömsesidig respekt och gemensamt beslutsfattande, vilket skapar ett mervärde både för patienten, personalen och verksamheten. Specialistsjuksköterskan inom palliativ vård har en central roll i att koordinera insatserna inom det vårdteamet, särskilt när det gäller att tillhandahålla palliativ vård och följa patienten genom hela sjukdomsförloppet (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). För att säkerställa högkvalitativ och säker vård är förmågan att kunna arbeta i team en viktig faktor där sjuksköterskan har en central roll i att vägleda teamarbetet. Sjuksköterskans förmåga att leda arbetet, i informella såväl som formella sammanhang är avgörande för att teamet ska fungera effektivt och säkerställa patientsäkerheten. Sjuksköterskor kan bidra med att hantera etiska dilemman och fatta beslut som gynnar både teamarbetet och patientens vårdbehov (Azizi et al., 2024).

För att uppnå en helhetsinriktad vård har vårdteamet en avgörande roll där deras specifika funktioner inom teamet och grad av samverkan varierar. Multidisciplinära vårdteam definieras som det team där varje medlem har ett särskilt ansvarsområde (Svensk Medical subject headings [MeSH], 2024). De arbetar parallellt snarare än interaktivt och samordnas genom gemensamma möten (MeSH, 2024) vilket ibland kan leda till fragmenterad vård (Thylefors et al. 2005). Multidisciplinära vårdteam består vanligtvis av sjuksköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och undersköterska. Till skillnad från tvärprofessionella team som har en högre grad av interaktion där yrkesgrupperna delar med sig av sina kunskaper och färdigheter för att uppnå gemensamma mål vilket gör dem mer effektiva än multidisciplinära vårdteam. Interprofessionella vårdteam utmärks av ett ännu djupare samarbete där olika professioner i en grupp delar ansvar och fattar gemensamma beslut genom kontinuerlig kommunikation. Denna samarbetsform främjar ett bättre arbetsklimat med högre effektivitet, vilket gör att interprofessionella team ofta anses som de mest fördelaktiga för att skapa en sammanhållen palliativ vård för patienten och dess närstående (Thylefors et al. 2005).

Identifieringen av palliativa vårdbehov är avgörande för att minska lidandet, vilket multidisciplinära vårdteam kan bidra med (Arenas Ochoa et al., 2021). Enligt riktlinjer från European Society of Cardiology [ESC] är multidisciplinära vårdteam en avgörande strategi för att hantera den komplexitet som hjärtsvikt innebär, genom att möjliggöra en god samverkan (ESC, 2016). European Association for Palliative Care [EAPC] betonar också vikten av multidisciplinära vårdteam för att säkerställa ett holistiskt och integrerat omhändertagande inom palliativ vård (EAPC, 2016). Samverkan i team är avgörande för en mer följsam övergång mellan vårdnivåer och för att möjliggöra tidig integrering av palliativ vård (Mondejar-Pont et al., 2024). Genom ett välintegrerat vårdförlopp där primärvård, specialiserad palliativ vård och andra vårdgivare samverkar säkerställs att patienter får stöd i ett tidigt skede. Ett effektivt samarbete inom teamet främjar en balanserad arbetsmiljö, minskar belastningen och stärker en personcentrerad vård (Mondejar-Pont et al., 2024).

### **Tidig integrering av palliativ vård**

Palliativ vård delas traditionellt upp i två faser – en tidig och en sen fas (Socialstyrelsen, 2013). Den tidiga fasen, som kan sträcka sig över en längre tidsperiod, fokuserar på att både säkerställa att livsförlängande behandling fortsätter att överensstämma med patientens önskemål och att samtidigt förbättra livskvaliteten under pågående behandling. Den senare fasen är vanligtvis kortare och har som mål att lindra lidande samt att upprätthålla en god livskvalitet för både patienten och deras närstående. Övergången mellan dessa faser sker ofta gradvis, vilket gör det svårt att exakt fastställa när fokus bör skifta från livsförlängande till symtomlindrande vård (Murray et al., 2005; Socialstyrelsen, 2013).

För vård av potentiellt livshotande sjukdomar föreslås två parallella strategier: en kurativ strategi i enlighet med rådande riktlinjer och en tidig integrering av palliativ vård (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2023). Den kurativa strategin syftar till behandlingar som är inriktade på att bota sjukdomen, baserat på aktuella riktlinjer. Samtidigt innebär den palliativa strategin att palliativ vård integreras redan tidigt i sjukdomsförloppet för att tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov (SKR, 2023). Inom denna strategi inkluderas samtal om framtiden och patientens preferenser för vård i olika scenarier, inklusive beslut om vilka behandlingar som ska påbörjas eller avslutas när livets slut närmar sig. Det omfattar även beslut om återupplivning vid hjärtstopp samt val av vårdplats, beroende på var patienten önskar vårdas och avsluta sitt liv (Brännström, & Jaarsma., 2015; SKR, 2023). Genom att integrera palliativ vård tidigt i sjukdomsförloppet underlättas dessa samtal (SKR, 2023). Tidig integrerad palliativ vård stödjer personcentrerade beslut, förbättrar symtomhantering och främjar en mer holistisk vård, vilket kan bidra till att undvika onödiga akuta insatser.

## PROBLEMFORMULERING

Palliativ vård lindrar lidande vid obotlig sjukdom, oavsett livslängd. Trots att palliativ vård integreras allt tidigare i vårdförloppet kvarstår betydande utmaningar för patienter med hjärtsvikt. Då palliativ vård ursprungligen utvecklades för patienter med cancer, har patienter med hjärtsvikt ofta sämre tillgång till en vård som möter deras fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Hjärtsviktens oförutsägbara förlopp och bristande samverkan mellan vårdgivare försvårar tidig identifiering av palliativa vårdbehov, trots att sådana insatser kan förbättra livskvaliteten.

Fragmenterad vård och vårdskador kan bli följderna när insatserna inte är väl koordinerade. Trots riktlinjer som betonar vikten av samverkan för en sammanhållen vård saknas ofta tydliga strategier för hur palliativ vård ska implementeras vid hjärtsvikt. Tidigare forskning och klinisk erfarenhet visar på ett behov av att undersöka faktorer som påverkar integrering av tidiga palliativa insatser för dessa patienter. Det är centralt för att skapa en jämlik och sammanhållen vård som möter deras behov.

## SYFTE

Syftet är att undersöka faktorer som påverkar integrering av tidig palliativ vård vid hjärtsvikt.

## TEORETISK REFERENSRAM

För att effektivt identifiera och tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella palliativa vårdbehov krävs ett personcentrerat förhållningssätt (WHO, 2016). Enligt patientlagen [SFS 2014:821] har patienter rätt till en vård som är anpassad efter deras individuella behov vilket innefattar tillgång till information om hälsotillstånd, prognos, risker och behandlingsalternativ. Detta möjliggör för patienten att fatta informerade beslut som ligger till grund för den fortsatta vården. Hälso- och sjukvårdslagen [HSL, SFS 2017:30] betonar vikten av samverkan mellan olika vårdgivare för att säkerställa en sammanhållen och effektiv vårdkedja. Genom effektiva kommunikationsstrategier som syftar till att nå patientens egna tankar, känslor och delaktighet är målet att bygga relationell tillit mellan vårdgivare och patient (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). För att uppnå en förståelse av en persons livsvärld bör vården inte bara fokusera på individen utan också inkludera dennes sociala sammanhang såsom familj, vänner och andra viktiga relationer samt personens vardagliga och sociala miljö.

Begreppet personcentrerad vård har vuxit fram under mitten av 1900-talet ur den humanistiska psykologin som ett svar på den annars sjukdomscentrerade vården där patienten rättat sig under professionens bedömning och ställningstagande (Ekman & Norberg, 2021, s.50). Den amerikanska psykologen Carl Rogers betraktas som grundaren av begreppet efter att han i sin teori *client-centered therapy* betonade vikten av att se patienten som en aktiv deltagare i sin egen vård och att bemötande mellan patient och vårdgivare baserades på empati (Rogers, 1951). Senare utvecklade Thomas Kitwood (1997) begreppet ytterligare i sitt arbete inom demenssjukvården

där fokus låg på personen bakom sjukdomen snarare än den framträdande symtombild. Göteborgsmodellen har spelat en central roll i att etablera och tydliggöra vikten av personcentrerad vård i Sverige. Genom Ekman et al. (2011) har modellen inte bara påverkat hur vården organiseras och genomförs utan även bidragit till förändringar i svensk lagstiftning och riktlinjer, särskilt när det gäller patientens delaktighet i vårdförloppet. Den har därmed fungerat som en drivkraft för att integrera personcentrerade principer i både klinisk praxis och styrdokument.

Implementeringen av personcentrerad vård kräver ett långsiktigt engagemang på flera områden. McCormack och McCance (2006) har utvecklat teorin Person-Centred Practice Framework [PCPF], som används för att analysera styrkor och svagheter i vårdkontexter genom att undersöka faktorer som samverkar för att kunna uppnå en personcentrerad vård (McCormack & McCance, 2006). Nödvändiga förutsättningar innebär att vårdgivarens egenskaper såsom professionell kompetens, interpersonella färdigheter, engagemang, tydliga värderingar och självinsikt är nödvändiga för att kunna tillämpa en personcentrerad vård. Samtidigt krävs en stödjande vårdmiljö med tydliga riktlinjer, samarbete mellan professioner och en kultur som främjar patientens delaktighet. När dessa förutsättningar finns på plats kan vårdgivare implementera ett personcentrerat förhållningssätt genom att anpassa vården efter patienters individuella behov och aktivt involvera de i beslutsfattandet. Detta leder i sin tur till förbättrad vårdkvalitet, ökad tillfredsställelse för patienter och en mer hållbar verksamhet (McCormack & McCance, 2006). Personcentrerat förhållningssätt bidrar till en ökad delaktighet och inflytande för patienter i sin vård vilket lett till förbättrad vård och starkare vårdrelationer (Polit & Beck, 2021, s. 93). Genom att använda personcentrerat förhållningssätt kan patienter med hjärtsvikt identifieras när palliativa vårdbehov utvecklas (Starfield, 2011). Detta blir viktigt när teamet ska avgöra vilka patienter som kan dra nytta av tidig palliativ vård och hur denna vård bäst implementeras (McCormack & McCance, 2006).

Det teoretiska ramverket PCPF är utgångspunkten i denna litteraturöversikts analys av resultatet. Genom PCPF kan vårdgivare säkerställa att palliativ vård integreras på ett sätt som är både personcentrerat och hållbart över tid (McCormack & McCance, 2006). Detta perspektiv ämnar nå en bredare och djupare förståelse för begreppets betydelse för hur det kan påverka tidig integrering av palliativ vård för patienter med hjärtsvikt (Polit & Beck, 2021, s. 43).

## **METOD**

### **Design**

Vi har genomfört en strukturerad litteraturöversikt där vi lokaliserat, granskat och sammanställt publicerad vetenskaplig forskning som ansågs besvara vårt syfte (Polit & Beck, 2021, s. 82–84). Artiklar med kvalitativ design bedömdes vara mest relevanta för att ge en djupare förståelse av problemformuleringens komplexitet. För att uppnå detta djup i analysen valdes inledningsvis kvalitativa studier med målsättningen att identifiera minst 15 artiklar av god kvalitet vilka belyste faktorer

som påverkade tidig integrering av palliativ vård för patienter med hjärtsvikt. Målgruppen som initialt undersöktes var vårdgivares perspektiv men eftersom patienter, närstående och vårdgivare är ömsesidigt beroende av varandra för att möjliggöra en personcentrerad och sammanhållen vård, kunde deras perspektiv inte uteslutas. Alla aktörer i vårdteamet hade en viktig roll i att forma vården och säkerställa att den utgick från patientens individuella behov och önskemål.

För att säkerställa en tillförlitlig granskningsprocess valdes Bettany-Saltikov och Mc Sherrys (2016, s. 140) modell för litteraturoversikt i sex steg. Efter steg sex utgick vi från Braun och Clarkes (2006) modell som följde processen genom värdering och analys av den kvalitativa data. Litteraturoversikten utgick från en induktiv ansats, vilket innebar att gå från det specifika till det allmänna genom att upptäcka mönster i resultatet och utifrån det formulera vårt syfte (Polit & Beck, 2021, s. 76). I steg ett formulerades litteraturoversiktens syfte och problemformulering som bearbetades med hjälp av PEO (Population, Exposure, Outcome), enligt Bettany-Saltikov och Mc Sherry (2016, s. 26). Genom att använda PEO delades syftet upp i tre komponenter, vilket identifierades som litteraturoversiktens mest centrala delar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Polit & Beck, 2021).

I det andra steget identifierades centrala begrepp relaterade till problemformuleringen, tillsammans med synonymer och relevanta variationer av dessa begrepp (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I tredje steget optimerades sökningen i de valda databaserna genom att använda trunkering för att inkludera olika böjningsformer och stavningsvarianter av sökorden. Dessa begrepp organiserades sedan i specifika sökblock för att skapa en strukturerad och bred sökning, vilket blev grunden för en effektiv sökstrategi. Slutligen dokumenterades hela processen noggrant, se Bilaga 1.

### Urval

I steg fyra identifierades urvalskriterier (Bettany-Saltikov och Mc Sherrys, 2016, s. 91). Sökningen ämnade att utgå från aktuell kvalitativ forskning där vi ansåg att följande kriterier var relevant: *publicerade senaste 15 åren, handlar om människor, skrivna på engelska och vuxna över 19 år*. Gällande CINAHL och PsycINFO användes även inklusionskriteriet *Academic journal* och *Peer Reviewed* för att lättare hitta vetenskaplig litteratur i dessa databaser. Exklusionskriterier var artiklar som involverade även andra diagnoser såsom akut hjärtsvikt, cancer och njursvikt. Utöver det exkluderades även reviews samt artiklar som enbart fokuserade på en specifik yrkesgrupp eller på närståendevårdarens perspektiv. Urvalet strukturerades utifrån PEO (Population, Exposure, Outcome) enligt Bettany-Saltikov och Mc Sherry (2016, s. 26), se Tabell 1.

Tabell 1 PEO.

Population	Exposure	Outcome
Vårdgivare för patienter med hjärtsvikt	Tidig integrering av palliativ vård	Faktorer som påverkar tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt

### Datainsamling

Databaser som ansågs lämpliga att ha som utgångspunkt i databassökningen var CINAHL och Pubmed som har en vårdvetenskaplig inriktning, både i omvårdnad men också med ett medicinskt perspektiv (Polit & Beck, 2021, s. 90–93). Dessutom inkluderas databasen PsycINFO där litteraturen har förankring i psykologin. Inledningsvis delades syftets centrala begrepp in i fyra olika block för att lättare identifiera relevanta artiklar (Polit & Beck, 2021, s. 87); block 1) 'hjärtsvikt', block 2) 'palliativ vård,' block 3) 'vårdgivare', block 4) 'tidig integrering av palliativ vård'. Fortsättningsvis bearbetades möjliga *keywords* (nyckelord) utifrån PEO, detta var viktigt för att säkerställa bredd av sökord för att innefatta möjliga synonymer så att sökningarna i databaserna täckte alla delar av syftet och blev så specifika som möjligt (Polit & Beck, 2021, s. 88).

Handledning av bibliotekarie från Region Kronoberg nyttjades för att optimera blockindelningen av relevanta Medical Subject Headings [MeSH] i PubMed, Exact Subject Headings [MH] i CINAHL och APA Thesaurus of Psychological Index Terms [DE] i PsycINFO. Övriga sökord inhämtades varefter granskningen av artiklarna fortlöpte, dessa ord användes i fritextsökning som ett komplement till söktermerna för att uttömma möjliga utfall. I steg fem genomfördes sökningarna i databaserna där booleska operatorer AND och OR användes för att utvidga eller begränsa sökningarna (Polit och Beck, 2021, s. 89). När varje sökblock ansågs ha uppnått mättnad kombinerades de med varandra vilket resulterade i ett begränsat antal artiklar som besvarade vårt syfte. Då granskades även artiklarnas referenser vilket utökade resultatet. Detta kallas för snöbollsmetoden och beskrivs enligt Polit och Beck (2021, s. 87) vid integrativa artikelsökningar för att hitta relevanta källor genom att granska referenslistor och citeringar i redan identifierade artiklar. Genom denna strategi växte antalet lämpliga artiklar och gav sökningarna en fördjupning som kanske inte annars skulle framkommit i de initiala databassökningarna.

Under hela processen granskades alla titlar och abstracts för att utifrån det inkludera enbart originalartiklar med kvalitativ design. Målet var att skapa en omfattande och transparent sökprocess som kunde replikeras (Bettany-Saltikov och McSherry, 2016, s. 37). Detta innebar efterkontroll av sökresultaten för att säkerställa att de överensstämde med litteraturöversikten syfte och kriterier genom att dubbelkontrollera att relevanta artiklar inte missats samt att de valda artiklarna var av

god kvalitet. I steg sex dokumenterades alla sökningar och resultatet sammanställdes noggrant i en matris, se Bilaga 1. Dessa sökningar upprepades för att kontrollera att sökstrategin var tillförlitlig, detta var en viktig del av processen för att säkerställa litteraturöversiktens trovärdighet (Bettany-Saltikov och McSherry, 2016, s. 37).

### Dataanalys

Sökstrategin från de tre databaserna resulterade totalt i 271 artiklar med kvantitativ eller kvalitativ metod. Vi läste 162 abstracts och utifrån det valdes 59 artiklar ut för genomläsning. Tre artiklar återfanns i både Pubmed och CINAHL, en artikel hittades enbart i CINAHL och resterande hittades enbart i Pubmed. Därefter granskades artiklarna mot inklusions- och exklusionskriterier samt syfte och 22 artiklar valdes ut för genomläsning i sin helhet och kvalitetsbedömdes enligt Caldwell et al (2011) kvalitetsgranskningsmall, se Bilaga 2.

De artiklar som var av god kvalitet eller mycket god kvalitet inkluderas i resultatet hittades i PubMed och CINAHL. I PsycINFO hittades ingen relevant artikel. 13 artiklar inkluderades i resultatet varav tre hittades genom snöbollsmetoden enligt Polit och Beck (2021, s. 87). Åtta av 13 artiklar var direkt relevanta för tidig integrering av palliativ vård, medan de andra bidrog med värdefulla insikter kring relaterade teman som kunde stödja en tidig integrering av palliativ vård. En av de 22 artiklarna exkluderas för att den enbart använde begreppet Collaborative care (Unützer et al, 2002) som inte är jämförbart med palliativ vård. Åtta av artiklarna besvarade inte studiens syfte och totalt exkluderas nio av de 22 artiklarna. Efter bedömning av artiklarnas kvalitet och relevans lästes de noggrant av oss både individuellt och därefter flera gånger tillsammans med fokus på resultaten. Våra valda artiklar sammanställdes i en matris, se Bilaga 3.

Efter problemformulering och datainsamling utgick vi från modellen av Braun och Clarke (2006) som syftar till att ge en systematisk och flexibel metod för att identifiera, analysera och rapportera teman i kvalitativa data genom tematisk analys. Den användes för att tolka mönster i data och var oberoende av ett specifikt teoretiskt ramverk. Eftersom en induktiv ansats användes analyserades resultaten utan förutbestämda kategorier. Data reducerades, utvärderades, jämfördes och kondenserades. Kvalitativa data extraherades systematiskt genom kodning av meningsbärande enheter och teman (Braun & Clarke, 2006) som bedömdes belysa hinder och möjligheter för tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt.

Data översattes till svenska av författarna med hjälp av Google Translate, sammanställdes i en tabell för att kunna jämföra olika teman och mönster, som placerades i separata kolumner. Överflödiga eller svaga teman togs bort, medan starkare teman kombinerades eller delades upp för att säkerställa att teman var tydligt relaterad till data som helhet. Vi granskade gemensamt alla dataenheter och diskuterade tillsammans hur de tematiska mönstren skulle preciseras (Braun & Clarke, 2006). Vi valde att enbart inkludera kvalitativa artiklar eftersom dessa gav

djupare insikter i vårdgivares, patienters och närståendes upplevelser. Detta var centralt för att förstå de komplexa faktorer som påverkar integreringen av tidig palliativ vård vid hjärtsvikt. Den geografiska spridningen av studierna inkluderar Skandinavien, Nordvästra Europa, Centrala Europa, Nordamerika, Sydamerika, Mellanöstern och Australien. Studierna är utförda i varierande kontext; i primärvård, i hemmet och/ eller inom slutenvård.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

För att skydda individens grundläggande rättigheter är det av största vikt att respektera deras önskan och självbestämmande vid deltagande i forskning (Polit & Beck, 2021, s. 131). Forskningsetik syftar också till att stärka och bevara allmänhetens förtroende för forskning och utbildning vilket i sin tur kan påverka implementeringen av tidig palliativ vård (Kjellström, 2017, s. 57).

I denna litteraturöversikt har alla inkluderade artiklar genomgått en noggrann etisk granskning för att säkerställa att etiska riktlinjer har följts och att deltagarna inte har utsatts för onödiga risker (Polit & Beck, 2021, s. 165). Vidare har Vetenskapsrådets riktlinjer för god forskningssed följts vilket innefattar transparens, noggrannhet och objektivitet för att undvika förvrängning av resultaten och säkerställa att arbetet utförs med hänsynstagande till integritet (Vetenskapsrådet, 2024). Referenshantering har genomgående angetts riktigt för att minimera risken för plagiering och säkerställa att källmaterialet återges korrekt (Kjellström, 2017, s. 76).

Översättning och sammanställning av engelskspråkiga artiklar har genomförts individuellt och därefter diskuterats gemensamt för att minimera feltolkningar och informationsförlust (Vetenskapsrådet, 2024). Resultaten har inkluderats i sin helhet i analysen för att undvika selektiv rapportering och stärka litteraturöversiktens trovärdighet. Vi är medvetna om vår kliniska erfarenhet inom palliativ vård och den potentiella påverkan den kan ha på analysen. För att hantera detta har kontinuerliga reflektioner och diskussioner genomförts för att tydliggöra vår förståelse och säkerställa att personliga värderingar inte påverkar resultaten (Polit & Beck, 2021, s. 156). Vi har strävat efter att kritiskt granska vår egen påverkan för att säkerställa en balanserad och reflekterad analys (Henricsson, 2023, s. 496).

För att öka litteraturöversiktens tillförlitlighet och minimera risken för bias har alla sökvägar dokumenterats (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 37), se Bilaga 1. De vetenskapliga artiklar som ligger till grund för resultatet har presenterats, utan tolkning eller uteslutning av data, se bilaga 3. Genom detta systematiska tillvägagångssätt säkerställs att litteraturöversikten genomförts i enlighet med god forskningssed (Vetenskapsrådets, 2024) i syfte att kunna belysa faktorer som påverkar integrering av tidig palliativ vård för patienter med hjärtsvikt.

## RESULTAT

Litteraturoversiktens resultat inkluderar 13 artiklar där fem tematiska mönster har identifierats, vilka delvis överlappar och tillsammans belyser vårdens komplexitet. Nedan redogörs för samtliga av resultatets teman, se Figur 1.



Figur 1. Tematisköversikt

### Betydelsen av kommunikation och samverkan

Kommunikationen mellan patient och vårdgivare identifierades av vårdgivare som en nyckelfaktor för att skapa förutsättningar att integrera palliativ vård för patienter med hjärtsvikt. Vårdgivares medvetenhet om vikten av att ha riktad och strukturerad kommunikation har visat sig främja dessa samtal om livskvalitet och behandlingsmål, vilket i sin tur skapade möjligheter för tidigt integrerad palliativ vård för patienter med hjärtsvikt (Barrett et al., 2023; Browne et al., 2014; Santos et al., 2023). Genom kontinuerlig tvärprofessionell grupphandledning förbättrades förmågan att föra samtal och utveckla gemensamma strategier för att hantera etiska utmaningar i vården av patienter med hjärtsvikt och palliativa vårdbehov (Brännström et al., 2019). Detta ledde till att vårdgivarna kände sig mer trygga i att samtala om vård i livets slut och möta patienter med hjärtsvikt och deras oro och ångest. Även platsen där samtalen ägde rum spelade roll för både patienter med hjärtsvikt och vårdgivare (Janssen et al., 2020). De föredrog en trygg miljö, där hemmet ansågs vara en plats som lättare kunde bevara patientens integritet med tillräckligt avsatt tid för besöket och en planerad uppföljning (Janssen et al., 2020).

Patienter med hjärtsvikt uttryckte behov av tydligare kommunikation kring sjukdomens prognos och symtomlindring (Browne et al., 2014; Janssen et al., 2020; Singh et al., 2020). Samtidigt identifierade vårdgivare en osäkerhet i att påbörja samtal om palliativ vård särskilt i begynnelsen av sjukdomen (Roikjær et al., 2022; Ziehm et al., 2016). Denna osäkerhet berodde ofta på svårigheter att avgöra när det var rätt tid att introducera palliativ vård (Kavalieratos et al., 2014). När patienter förväntade sig livsuppehållande behandling försvårades samtalen (Kavalieratos et al., 2014). Begränsad tid och bristande kontinuitet i vården hindrade meningsfulla samtal om framtida vårdbehov (Browne et al., 2014).

Ett ökat fokus på att underlätta multidisciplinär samverkan och ge vårdgivare stöd med språk, struktur och verktyg för att initiera samtal var avgörande för att främja uppriktig och ärlig kommunikation (Glogowska et al., 2016; Roikjær et al., 2022; Santos et al., 2023). Detta skapade en gemensam förståelse mellan vårdgivare, patienter med hjärtsvikt och närstående, vilket minskade vårdgivarnas osäkerhet. Det ledde också till att vårdgivarna i större utsträckning prioriterade långsiktig vårdplanering framför akuta insatser. Tydlig och effektiv kommunikation förbättrade både livskvaliteten och följsamheten i vården för patienter med hjärtsvikt samtidigt som den underlättade en tidig identifiering av palliativa vårdbehov. Detta möjliggjorde en mer naturlig övergång till palliativ vård och skapade en personcentrerad samt sammanhållen vård där patientens behov stod i fokus genom hela sjukdomsförloppet (Barrett et al., 2023; Glogowska et al., 2016; Janssen et al., 2020; Roikjær et al., 2022).

Multidisciplinära team har visat sig bidra till att skapa en sammanhållen och holistisk vård för patienter med hjärtsvikt, särskilt vid tidig integrering av palliativ vård (Barrett et al., 2023; Glogowska et al., 2016; Roikjær et al., 2022). Ett palliativt förhållningssätt redan i sjukdomens tidiga skede förbättrade patienter med hjärtsvikts livskvalitet och symtomlindring (Glogowska et al., 2016; Roikjær et al., 2022). Samtidigt som kontinuerlig samverkan och tydliga behandlingsmål möjliggjorde en systematisk integration av palliativa insatser (Glogowska et al., 2016). Teamens förmåga att bygga nära relationer med patienter och anpassa vården utifrån medicinska, sociala och emotionella aspekter var centralt för att möta de komplexa och skiftande behoven hos patienter med hjärtsvikt (Roikjær et al., 2022; Ziehm et al., 2016).

Effektiv samverkan inom teamen krävde inte bara strukturerad planering utan också en kontinuerlig dialog mellan olika professioner (Graham et al., 2022). Regelbundna interaktioner mellan sjuksköterskor och läkare förbättrade vårdplaneringen och möjliggjorde tidiga insatser vid försämring av tillstånd hos patienter med hjärtsvikt. Sjuksköterskornas nära kontakt med både läkare och patienter underlättade kontinuiteten i vården och bidrog till att identifiera palliativa vårdbehov i ett tidigt skede (Graham et al., 2022). En ökad förståelse för olika yrkesgrupper bidrog dessutom till en känsla av gemensamt ansvar och förbättrad kommunikation inom teamen, vilket i sin tur stärkte vårdkvaliteten (Graham et al., 2022; Kavalieratos et al.,

2014). När palliativ vård samordnades genom teamarbete upplevde vårdgivare en minskad belastning på vården (Barrett et al., 2023).

När vårdgivare inte tog ansvar för att koordinera vården i sjukdomens slutskede, lämnades patienter och närstående att själva navigera i vårdsystemet (Browne et al., 2014). Genom teamsamverkan kunde samordningen förbättras men otydliga ansvarsfördelningar och resursbrist hindrade en helhetsinriktad vård (Browne et al., 2014; Glogowska et al., 2016; Janssen et al., 2020; Santos et al., 2023). Trots närvaron av vårdteam kvarstod utmaningen i att få alla vårdgivare att arbeta utifrån ett palliativt förhållningssätt (Santos et al., 2023). Brister i kommunikationen mellan primär- och sjukhusvården försvårade också övergången från kurativ till palliativ vård. Regelbundna bedömningar av patienter med hjärtsvikts vårdbehov inom multidisciplinära team bidrog dock till att identifiera och integrera palliativa insatser i vårdplanen i tid (Janssen et al., 2020; Santos et al., 2023).

För att förbättra vården ytterligare betonades vikten av att engagera vårdgivare i utbildningar och forum för reflektion kring behandlingsmål och etiska aspekter (Roikjær et al., 2022; Janssen et al., 2020). Genom tvärprofessionell handledning utvecklade teamet ökat förtroende för varandra och vågade visa svagheter (Brännström et al., 2019). Detta stärkte sammanhållningen och främjade ett öppet arbetsklimat där olika perspektiv värderades. Genom att öka kunskapen och främja ett palliativt inriktat arbetssätt stärktes förmågan att anpassa vården efter patienter med hjärtsvikt med palliativa vårdbehov (Janssen et al., 2020; Kavalieratos et al., 2014; Roikjær et al., 2022; Santos et al., 2023). Detta bidrog till en mer sammanhållen vård där patienternas behov identifierades i tid, vilket förbättrade både livskvaliteten och patienternas upplevelse av vården (Roikjær et al., 2022; Janssen et al., 2020).

## Bedömningsverktyg och standardiserade riktlinjer

Bedömningsverktyg gynnade möjligheten att identifiera palliativa vårdbehov hos patienter med hjärtsvikt och säkerställa en personcentrerad och proaktiv vård. Dessa verktyg i form av frågeformulär, checklistor och digitala lösningar användes för att underlätta denna identifiering och anpassades till olika vårdkontexter (Gholami Motlagh et al., 2024). Bedömningsverktygens effektivitet berodde på hur väl de integrerades i den kliniska vardagen (Janssen et al., 2020). Verktygen behövde vara flexibla, användarvänliga och anpassningsbara till olika sjukdomsfaser för att underlätta vårdförloppet, förbättra dialogen och planeringen samt minska stressen för både patienter och vårdgivare. Utöver det skulle de kunna integreras i befintliga system, exempelvis elektroniska patientjournaler för att säkerställa kontinuitet (Janssen et al., 2020).

Tidig identifiering av palliativa vårdbehov var avgörande för att förbättra patienter med hjärtsvikts livskvalitet genom hela sjukdomsförloppet (Janssen et al., 2020; Roikjær et al., 2022; Santos et al., 2023). Standardiserade verktyg kunde bistå vårdgivare att systematiskt bedöma och förutse vårdbehov (Browne et al., 2014;

Janssen et al., 2020; Santos et al., 2023). Detta minskade risken för att insatserna skulle fördröjas. Samtidigt fanns det utmaningar med att använda generiska verktyg som ofta inte fängade upp typiska vårdbehov hos patienter med hjärtsvikt (Janssen et al., 2020). Behovet av ett specifikt verktyg har lyfts fram som en möjlighet att förbättra identifieringen av palliativa vårdbehov och säkerställa en mer personcentrerad vård. Bedömningsverktyg som kunde identifiera och hantera både fysiska och emotionella vårdbehov hade en större potential att förbättra patientens livskvalitet och minska lidande (Singh et al., 2020; Ziehm et al., 2016).

En viktig aspekt i utvecklingen av dessa verktyg var att de skulle underlätta kommunikationen mellan patienter, närstående och vårdgivare (Janssen et al., 2020). Bedömningsverktygen som användes i samverkan mellan olika vårdgivare främjade ett interdisciplinärt teamarbete (Janssen et al., 2020). Samtidigt upplevde patienter att digitala verktyg och checklistor kunde skapa en känsla av distans och minska lyhördsenheten i kommunikationen (Gholami Motlagh et al., 2024; Janssen et al., 2020). Därför var det viktigt att använda dessa verktyg på ett sätt som stärkte förtroendet och relationen mellan patient och vårdgivare. Vårdgivare föreslog att använda specifika händelser, som upprepade sjukhusinläggningar, som signaler för att identifiera palliativa vårdbehov tidigt, då traditionella verktyg inte var lämpliga för hjärtsviktens oförutsägbara förlopp (Janssen et al., 2020; Kavalieratos et al., 2014).

Implementeringen av ett standardiserat vårdförlopp för patienter med hjärtsvikt kunde bidra till tidig identifiering av patientens palliativa vårdbehov. Detta förbättrade både vårdkvaliteten och patientens livskvalitet (Barrett et al., 2023; Gholami Motlagh et al., 2024; Kavalieratos et al., 2014; Ziehm et al., 2016). Tydliga riktlinjer och bättre samordning inom vårdteam var avgörande för att säkerställa en helhetsbaserad och tidig palliativ vård. Osäkerhet kring när palliativ vård borde initieras, i brist på specifika verktyg och riktlinjer, gjorde att vårdgivare ofta fokuserade på akuta insatser i stället för långsiktig vårdplanering (Gholami Motlagh et al., 2024; Ziehm et al., 2016).

Ett vanligt hinder var att patienter med hjärtsvikt ofta remitterades till palliativ vård först i livets slutskede, vilket begränsade möjligheterna att förbättra livskvaliteten över tid (Kavalieratos et al., 2014). En stor del av vården präglades av en vilja att förlänga livet genom flera utmanande behandlingar vilket kunde fördröja palliativa insatser. Möjligheterna för förbättring inkluderade utveckling av tydligare remissprocesser, förbättrade bedömningsverktyg och en ökad utbildning kring palliativ vård. Detta bidrog till tryggare vårdgivare som kunde initiera palliativa insatser i ett tidigare skede (Browne et al., 2014; Kavalieratos et al., 2014).

En standardiserad övergång mellan sjukhus och primärvård var avgörande för att säkerställa kontinuitet och en effektiv samverkan (Graham et al., 2022). Genom ett standardiserat vårdförlopp som inkluderade hembesök och uppföljningar via telefon kunde vårdteam kontinuerligt följa patientens vårdbehov och minska antalet sjukhusinläggningar samt motverka parallella vårdflöden (Graham et al., 2022).

Patienter med hjärtsvikt som deltog i vårdplanering upplevde högre tillfredsställelse med vården men planeringen försvårades av brist på vårdplatser, konsultation från specialister inom palliativ vård och rutiner för att undvika sjukhusinläggningar i livets slutskede (Glogowska et al., 2016).

Kontinuerliga samtal mellan vårdgivare, tydliga riktlinjer kunde främja en smidigare integration av palliativ vård (Graham et al., 2022; Janssen et al., 2020; Singh et al., 2020). En sådan standardiserad strategi förbättrade inte bara för patienter med hjärtsvikts tillstånd utan skapade också trygghet för vårdgivare och närstående. Samtidigt som det minskade antalet onödiga sjukhusinläggningar och förbättrades den övergripande vårdkvaliteten (Graham et al., 2022). Detta krävde att en förändring av synen på palliativ vård inte sågs som en sista utväg utan som en naturlig del av vården för patienter med hjärtsvikt (Browne et al., 2014; Janssen et al., 2020; Santos et al., 2023; Singh et al., 2020).

## Organisatoriska och strukturella förutsättningar

Vårdgivare upplevde att organisatoriska och strukturella förutsättningar var avgörande för att möjliggöra en effektiv och tidig integration av palliativ vård för patienter med hjärtsvikt (Graham et al., 2022). Vårdförlopp var ofta utformade för patienter med cancer, vars sjukdomsförlopp var mer förutsägbart, medan patienter med hjärtsvikt krävde en mer flexibel och långsiktig vårdplanering. Detta skapade utmaningar när det gällde att möta behoven hos patienter med hjärtsvikt (Graham et al., 2022). Återkommande utmaningar påvisades genom oklara ansvarsområden mellan vårdinstanser, vilket ledde till bristande kontinuitet och ineffektiv samordning mellan sjukhus och primärvård (Gholami Motlagh et al., 2024; Kavalieratos et al., 2014). Förvirring kring vem som hade ansvar för palliativ vård i kombination med brist på uppföljning efter sjukhusvistelser, bidrog till fragmenterade vårdförlopp. Detta resulterade i att organisatoriska hinder minskade möjlig samverkan vilket gjorde det svårare att identifiera och hantera palliativa vårdbehov i tid (Gholami Motlagh et al., 2024; Kavalieratos et al., 2014).

Vårdgivarna upplevde att utmaningen för att implementeringen av palliativ vård i hemmet handlade om brist på resurser, ekonomiska begränsningar och otillräckligt stöd för vårdgivarna (Graham et al., 2022; Singh et al., 2020). För att möta dessa hinder krävdes en mer personcentrerad vård där organisatoriska mål överensstämde med det palliativa förhållningssättet (Janssen et al., 2020; Roikjær et al., 2022). När tiden för tvärprofessionell grupphandledning integrerades i schemat möjliggjordes fördjupade diskussioner om etiska aspekter som annars sällan togs upp (Brännström et al., 2019). Bristen på denna struktur har tidigare gjort det svårt att arbeta systematiskt med etiska frågor. Då vårdens struktur främjade tidig identifiering och remittering av palliativa vårdbehov förbättrades patientens delaktighet och kvaliteten i vården (Janssen et al., 2020; Roikjær et al., 2022; Santos et al., 2023). En kultur som betonar vikten av tidig identifiering av palliativa vårdbehov bidrog till ett mer sammanhängande och effektivt vårdförlopp. Samtidigt ses frånvaron av effektiv

samverkan, hög personalomsättning och otydliga vårdnivåer som en begränsad möjlighet till att ge patienterna tillräckligt stöd (Browne et al., 2014). Genom multidisciplinära team gavs möjligheter att skapa kreativa lösningar för att hantera begränsade resurser och främja ett personcentrerat förhållningssätt (Gholami Motlagh et al., 2024). Dock var det nödvändigt att beakta kulturella skillnader och varierande dynamik i teamen för att säkerställa att vården anpassades till patienter med hjärtsvikt. Genom förbättrad samordning mellan sjukhus och primärvård säkerställdes kontinuitet med högre vårdkvalitet (Graham et al., 2022; Janssen et al., 2020).

## Behov av utbildning och kunskap

Utbildning och ökad kunskap om palliativ vård möjliggjorde en förbättrad vård för patienter med hjärtsvikt. Många vårdgivare upplevde en osäkerhet kring när och hur palliativa insatser skulle initieras, vilket ofta fördröjde vården (Barrett et al., 2023; Kavalieratos et al., 2014; Roikjær et al., 2022; Ziehm et al., 2016). Förbättrad utbildning och tydligare riktlinjer kunde stödja vårdgivare att identifiera palliativa vårdbehov tidigare och integrera vården som en naturlig del av vårdplanen. Både vårdgivare och patienter med hjärtsvikt saknade en grundläggande förståelse för palliativ vård och dess fördelar (Browne et al., 2014; Gholami Motlagh et al., 2024). Vårdgivarnas upplevelse var att patienter inte associerar symtomen eller försämringen med hjärtsviktens progression utan tolkade det som isolerade händelser eller en naturlig del av åldrandet (Santos et al., 2023). Bristande kunskap om sjukdomen hos patienterna och deras anhöriga kunde skapa missförstånd och leda till sena vårdinsatser (Santos et al., 2023). Brist på medvetenhet hos både vårdgivare, patienter och närstående förhindrade samtal om vårdbehov och livets slutskede vilket gjorde att palliativ vård betraktades som en sekundär insats snarare än en integrerad del av vården (Gholami Motlagh et al., 2024). För att främja en tidigare integration av palliativ vård behövde utbildningsinsatser riktade till både vårdgivare och patienter utvecklas (Browne et al., 2014; Santos et al., 2023).

För att stärka vårdgivarnas förmåga att initiera och möta palliativa vårdbehov behövdes utbildningsinsatser och interprofessionellt lärande (Barrett et al., 2023; Graham et al., 2022). Genom observation, gemensamma mål och scenarioträning i stödjande samtal kunde vårdgivare känna sig tryggare och mer kompetenta i att identifiera och hantera palliativa vårdbehov. Vidare var det viktigt att skapa en vårdkultur där fokus inte enbart låg på att förlänga livet, utan också på att förbättra livskvaliteten under hela sjukdomsförloppet. Många läkare saknade vetskap om vilka palliativa resurser som fanns tillgängliga vilket ledde till fragmenterade vårdinsatser som försvårade för patienter att få vara hemma den sista tiden i livet (Glogowska et al., 2016). Genom tvärprofessionell grupphandledning utvecklade deltagarna både teoretisk och praktisk kunskap (Brännström et al., 2019). De lärde sig av varandras erfarenheter och fick en bättre förståelse för vårdens etiska aspekter.

Integrationen av palliativ vård för patienter med hjärtsvikt krävde en samordnad strategi präglad av kontinuerlig reflektion och diskussion kring riktlinjer och

symtomhantering (Roikjær et al., 2022; Ziehm et al., 2016). Ökad förståelse och kunskap om det palliativa förhållningssättet hjälpte vårdgivare att känna sig tryggare i att initiera och genomföra palliativa insatser (Browne et al., 2014; Ecarnot et al., 2018; Singh et al., 2020). Det minskade deras osäkerhet och upplevelse av otillräcklighet när vården blev sen i förhållande till patientens vårdbehov. Detta stärkte även samarbetet inom multidisciplinära team och mellan olika vårdnivåer, vilket underlättade en smidigare övergång till palliativ vård (Janssen et al., 2020; Ziehm et al., 2016).

## Inställning till palliativ vård

Inställningen till palliativ vård påverkades av både vårdgivares och patienters osäkerhet kring hjärtsvikt samt ett traditionellt fokus på kurativ behandling, vilket försvårade en tidig integrering av palliativa insatser (Roikjær et al., 2022; Santos et al., 2023; Ziehm et al., 2016). Detta kunde delvis bero på en tradition där tekniska lösningar och medicinska behandlingar betraktades som förstahandsval medan palliativ vård upplevdes som en sista utväg. Denna inställning skapade en barriär för att introducera palliativ vård som en integrerad del av behandlingen tidigare i sjukdomsförloppet (Browne et al., 2014; Graham et al., 2022; Santos et al., 2023; Ziehm et al., 2016). En del av utmaningen kunde vara den felaktiga uppfattningen om att palliativ vård endast gällde livets slutskede, vilket gjorde att både patienter och vårdgivare ofta motsatte sig tidiga insatser av palliativ vård (Browne et al., 2014).

Vårdgivarna upplevde även utmaning i att inte vilja oroa patienter eller ta ifrån dem hoppet vid samtal om palliativ vård (Ecarnot et al., 2018; Glogowska et al., 2016). Denna oro, i kombination med tidsbrist och bristande riktlinjer, gjorde att samtal om vård i livets slut ofta sköts på framtiden. Samtidigt rapporterade många sjuksköterskor och undersköterskor att deras arbete ofta handlade om att hantera praktiska och känslomässiga aspekter av vården vilket skapade frustration när palliativ vård inte prioriterades (Ecarnot et al., 2018; Glogowska et al., 2016). Många kardiologer och primärvårdsläkare hade en negativ inställning till palliativ vård, delvis på grund av missuppfattningar om dess innebörd (Kavalieratos et al., 2014). Genom grupphandledning av vårdteam förändrade deltagarna sin inställning till palliativ vård (Brännström et al., 2019). De insåg att palliativ vård inte enbart handlar om livets slutskede utan om att förbättra patienter med hjärtsvikts livskvalitet. Detta ökade deras vilja att initiera samtal och samarbeta kring palliativa insatser.

Patienter med hjärtsvikt och närstående fokuserade ofta på att hantera vardagens utmaningar i stället för att planera inför livets slutskede (Gholami Motlagh et al., 2024). Deras vilja att skydda varandra från oro och svåra samtal försvårade dessutom sådana förberedelser. Trots dessa utmaningar kunde patienter anpassa sig till förändringar och dra nytta av palliativ vård om den introducerades som en naturlig del av sjukdomsförloppet (Ecarnot et al., 2018; Ziehm et al., 2016).

Vårdgivarna upplevde att en helhetssyn som inkluderade stöd för fysiska, psykosociala och emotionella behov var avgörande för att förbättra vårdkvaliteten och livskvaliteten för både patienter och närstående (Gholami Motlagh et al., 2024; Janssen et al., 2020; Kavalieratos et al., 2014; Roikjær et al., 2022; Santos et al., 2023). När den palliativa vården fokuserade på hela människan snarare än enbart medicinska aspekter upplevde patienter och närstående ökad trygghet. Genom att lyssna på patienternas berättelser skapades en gemensam förståelse bland vårdgivarna, vilket främjade en öppen dialog och stärkte relationen med patienter med hjärtsvikt (Roikjær et al., 2022). Detta förbättrade inte bara patientens upplevelse av vården utan möjliggjorde även organisatoriska anpassningar som bättre kunde bemöta patientens vårdbehov och vårdens tillgänglighet (Gholami Motlagh et al., 2024; Roikjær et al., 2022).

När vårdteam reflekterade under grupphandledning utvecklades en bredare och mer heltäckande syn på det kliniska arbetet (Brännström et al., 2019). De lärde sig att väva samman sina egna erfarenheter med patienternas behov och önskemål. Tidiga samtal om palliativa vårdbehov orsakade inte ökad ångest eller depression utan gav möjligheten till ökad delaktighet i beslut (Browne et al., 2014; Glogowska et al., 2016; Santos et al., 2023). Denna process främjade en personcentrerad vård och underlättade implementeringen av palliativa insatser i ett tidigare skede. När vårdgivare vågade gå utanför ramen och fokuserade på patientens livskvalitet skapades djupare relationer och en ökad tillit vilket ledde till förbättrad upplevelse av vården (Roikjær et al., 2022). Denna delaktighet minskade sjukhusinläggningar och stärkte patienternas förmåga att hantera sin sjukdom (Gholami Motlagh et al., 2024; Roikjær et al., 2022). En del patienter hade svårt att navigera i vården och få nödvändigt stöd (Browne et al., 2014). En samordnad och personcentrerad vård med tidig och kontinuerlig palliativ integrering kunde främja jämlik och effektiv vård.

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

I litteraturoversikten identifierades faktorer som påverkar integrering av tidig palliativ vård vid hjärtsvikt. Riktad och strukturerad kommunikation mellan vårdgivare och patienter framstod som betydelsefull, liksom ökad kompetens för att genomföra trygga samtal om palliativa insatser. Multidisciplinära samverkan och kontinuerlig reflektion stärkte förmågan att identifiera och möta vårdbehov vilket möjliggjorde en tidig integrering av palliativ vård. Flexibla bedömningsverktyg som fångade fysiska och emotionella behov bidrog till en mer heltäckande vårdplanering vilket möjliggjorde en tidig integrering av palliativ vård. En stödjande vårdmiljö och interprofessionell utbildning underlättade personcentrerad vård och möjliggjorde en tidig integrering av palliativ vård. Dessa resultat stämmer väl överens med McCormack och McCances (2006) teori om personcentrerad vård som betonar vikten av vårdgivarens kompetens, en stödjande miljö och god kommunikation för att främja delaktighet och livskvalitet vilket möjliggör en tidig integrering av palliativ vård.

*Kommunikation och samverkan*

Resultatet visade att riktad och strukturerad kommunikation mellan vårdgivare och patienter var betydande för att möjliggöra en tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt. Klarare et al. (2013) bekräftar att vårdgivare ofta upplever en osäkerhet kring att inleda samtal om palliativ vård, särskilt i början av sjukdomsförloppet. Detta betonar behovet av ökad kompetens av att utföra dessa samtal. Vidare belyste vårt resultat att handledning av tvärprofessionella grupper stärkte vårdgivarnas förmåga att hantera svåra samtal och lindrade patienternas oro. Samtidigt minskade vårdgivarnas osäkerhet och möjliggjorde en tidigare och mer naturlig övergång till palliativ vård när de utgick från kommunikationsstöd. Fitzsimons et al. (2019) menar att när sjukdomsförloppet ofta är långdraget belastas närstående i större omfattning vilket genererar att deras perspektiv hörsammas som del av vårdplanen. Im et al. (2019) betonar att även om patienter och närstående är medvetna om sjukdomen, saknar de ofta en djupare förståelse för dess långsiktiga konsekvenser. Denna brist på insikt kan leda till att viktiga vårdinsatser fördröjs. Brännström och Jaarsma. (2015) menar att en möjlig ingång för dessa samtal är i samband med diskussionen om brytpunkt och beslut om vårdnivå. Detta bekräftas även av Okumura et al. (2018) som påvisar att genom en öppen kommunikation om förväntad prognos och behandlingsalternativ är ett stöd till patienten och närstående redan i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet. Samtidigt menar Shore et al. (2024) att patienter med hjärtsvikt och närstående uttrycker önskan om en tydlig kommunikation från vårdgivare men dessa samtal upplevs ofta som otillräckliga eller initieras för sent. Både Woodburn et al. (2019) och Klarare et al. (2013) menar att standardiserad kommunikation som integreras tidigt i vårdförloppet kan främja symtomhantering och vårdplanering. Vårt resultat visade att en trygg hemmiljö underlättade dessa samtal genom att bevara patientens integritet och lättare nå en helhet. Vårdmiljön möjliggör och stärker patientens känsla av trygghet med bevarad autonomi (McCormack & McCance's, 2006). När patienter och närstående involveras tidigt i planeringen av vården ökar deras känsla av kontroll och delaktighet, vilket främjar en personcentrerad vård. När vårdgivare har väl utvecklade färdigheter inom kommunikation kan förtroende med patienter i palliativ vård stärkas och leda till bättre livskvalitet och en vård som speglar patientens behov och värderingar (McCormack & McCance's (2006).

Det mest framträdande resultatet kring teamarbete var att multidisciplinära team var betydande för att erbjuda en sammanhållen vård och möjliggjorde en tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt. Detta bidrog till förbättrad livskvalitet och symtomlindring genom tidiga palliativa insatser. Hamatani et al. (2020) bekräftar att multidisciplinära team främjar en mer patientcentrerad vård genom att kombinera olika professioners kompetenser. Vårt resultat visade att effektiv samverkan i vårdteam krävde strukturerad planering och kontinuerlig dialog mellan professioner. Sjuksköterskornas nära kontakt med både läkare och patienter spelade en central roll för att tidigt identifiera palliativa vårdbehov. Vårdteamets gemensamma reflektion stärkte sammanhållningen och främjade ett öppet arbetsklimat, vilket möjliggjorde en vård som bättre kunde anpassas efter patienternas komplexa vårdbehov. Detta bekräftas av Comín-Colet et al. (2016) och Essa et al. (2022) som menar att

multidisciplinärt teamarbete inte bara förbättrar vårdkvaliteten för patienten utan även förkortar sjukhusvistelser och minskar antalet återinläggningar, vilket bidrar till kostnadseffektivitet.

Kombinationen av flera professionella perspektiv förbättrar vårdens kvalitet genom att säkerställa en helhetssyn av patientens vårdbehov (Klarare et al., 2013; Woodburn et al., 2019). Vårdteamets effektivitet påverkas av tydliga rollfördelningar, förtroendefulla relationer och starkt ledarskap. Interprofessionell utbildning lyfts fram som ett sätt att stärka samarbetet och öka förståelsen för olika yrkesroller, vilket i sin tur leder till bättre vårdkvalitet. Vidare framgår att multidisciplinära team som verkar i en stödjande miljö har bättre förutsättningar att erbjuda personcentrerad vård. Detta är i linje med McCormack och McCance's (2006) ramverk, som betonar att samarbete och en gynnsam vårdmiljö är centrala komponenter för att uppnå en personcentrerad vård.

#### *Bedömningsverktyg och standardiserade riktlinjer*

Resultatet visade att bedömningsverktyg underlättade identifieringen av palliativa vårdbehov hos patienter med hjärtsvikt och bidrog till en personcentrerad vård och möjliggjorde en tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt. Effektiviteten hos verktygen berodde på deras flexibilitet och hur väl de integrerades i klinisk praxis samt deras förmåga att anpassas till olika vårdkontexter och sjukdomsfaser. Verktyg som kunde identifiera både fysiska och emotionella behov förbättrade patienternas livskvalitet medan generiska verktyg ibland misslyckades med att fånga patienter med hjärtsvikts specifika vårdbehov. En tidig identifiering av vårdbehov visade sig vara betydande för att förbättra livskvaliteten genom hela sjukdomsförloppet.

Dessa resultat stöds av Ament et al. (2022) som framhåller att kontinuerlig anpassning av vårdplanen utifrån patientens symtom och preferenser är central, där flexibla bedömningsverktyg underlättar en tidig identifiering av palliativa vårdbehov. Vidare menar McConell et al. (2023) och Bekelman et al. (2015) att verktyg som fångar både fysiska och emotionella vårdbehov bidrar till en mer heltäckande vårdplanering och förbättrad symtomlindring för patienter med hjärtsvikt. Trots dessa fördelar krävs strategiska insatser för att implementera bedömningsverktyg i praktiken. Ament et al. (2022) och Callender et al. (2014) framhåller att begränsad kunskap bland vårdgivare samt bristande samverkan mellan professioner utgör ytterligare hinder för implementering. Bharani et al. (2024) menar att tidig identifiering av palliativa vårdbehov kräver organisatoriskt stöd och mer resurser för att realisera implementering.

Utbildning och interdisciplinär samverkan är därför centralt för att säkerställa att verktygen används optimalt och bidrar till förbättrad livskvalitet för patienter med palliativa vårdbehov. McCormack och McCance (2006) betonar vikten av att vårdprocesser bygger på patientens egna värderingar och behov, där standardiserade bedömningsverktyg kan bidra. Genom att stödja vårdgivare i att identifiera patientens fysiska, emotionella och sociala behov på ett systematiskt sätt kan dessa verktyg

möjliggöra att beslut om vård baseras på en fördjupad förståelse av patientens unika situation, vilket är centralt för personcentrerad vård.

### *Utbildning och kunskap*

Resultatet visade att ökad kunskap och utbildning om palliativ vård minskade vårdgivares osäkerhet kring när och hur palliativa insatser borde initieras, vilket i sin tur möjliggjorde en tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt. Bristande förståelse för palliativ vård hos både vårdgivare och patienter framstod dock som ett hinder för tidiga insatser, vilket kunde bidra till fragmenterad vård.

Utbildningsinsatser som fokuserade på interprofessionellt lärande och kontinuerlig reflektion visade sig stärka vårdgivarnas trygghet och kompetens i att identifiera och hantera palliativa vårdbehov. Dessa resultat stöds av Singh et al. (2020), som betonar att en stödjande vårdmiljö med tillgång till utbildning och kontinuerlig handledning är avgörande för att vårdgivare ska kunna erbjuda personcentrerad vård och hantera etiska utmaningar. Genom att stärka vårdgivares kompetens minskas deras osäkerhet och förbättrar möjligheterna att bemöta patienternas komplexa behov och integrera palliativa insatser i vården.

En samordnad strategi mellan vårdgivare är avgörande. Mallon et al. (2024) belyser att samverkan mellan hemsjukvård och primärvård kan förbättra patientens livskvalitet genom att optimera tidpunkten för när vårdinsatser ska initieras, vilket bidrar till en mer sammanhållen vård. När vårdgivare har en brist på kunskap och utbildning i palliativ vård för patienter kan det hindra deras förmåga att kunna ge en personcentrerad vård menar McCormack och McCance's (2006).

I vårt resultat framkom vårdgivares strävan att integrera palliativ vård tidigt och främja patienters delaktighet, samtidigt som de hindrades av att patienter och närstående kunde se palliativ vård som ett tecken på att ge upp hoppet. Im et al. (2019) belyser att även om sjukdomsinsikt finns saknas ofta en djupare förståelse för dess långsiktiga konsekvenser vilket kan fördröja tidiga vårdinsatser. I vårt resultat framgick det att vårdgivare kunde undvika att involvera patienter i palliativt beslut för att skydda dem, vilket begränsade patienternas delaktighet. Grunden utgjordes även av vårdgivarens egen osäkerhet i att våga mötas i det svåra samtalet. Walsh och Kiely (2023) menar att tidig remittering till palliativ vård är associerad med bättre symtomlindring, förbättrad livskvalitet och bättre stöd för både patienter och deras närstående. McCormack och McCance (2006) menar att personcentrerad vård grundar sig i patientens värderingar men kan hindras av praktiska utmaningar när vårdgivare och patienter undviker samtal om allvarlig sjukdom. Detta skapar en spänning mellan att främja öppenhet och respektera patientens autonomi, vilket kräver en noggrann balans i samtalet.

### *Samhälleliga och etiska aspekter*

Resultatet visade att tidiga palliativa insatser vid hjärtsvikt berör etiska frågor kring autonomi, rättvisa och organisatoriska förutsättningar i form av resursfördelning. Patienter har rätt till information om sin prognos men kan samtidigt ha viljan att

undvika svåra besked. Vårdgivaren måste balansera delaktighet med respekt för patientens autonomi och informerat samtycke (International Council of Nursing [ICN], 2021). Jämlig tillgång till palliativ vård är en samhällelig utmaning där socioekonomiska faktorer påverkar möjligheterna (Socialstyrelsen, 2016). Trots evidens för positiva effekter av tidig palliativ vård saknas likvärdig implementering, vilket kräver riktade insatser. Vårt resultat visar att resursfördelning är en central aspekt där vårdteam förbättrar vårdkvalitet men kräver stöd och prioritering. För att säkerställa att patientens behov av palliativ vård tillgodoses, krävs att vården balanserar dessa behov med principerna om rättvisa, oavsett ålder, diagnos eller geografisk plats (Axelsson, 2022). En rättvis och kostnadseffektiv vård kräver också att resurser fördelas på ett sätt som möjliggör jämlig vård för alla patienter. Svåra samtal kan vara emotionellt krävande, vilket gör kontinuerlig handledning och utbildning nödvändig för att minska moralisk stress och säkerställa personcentrerad vård (Alanazi et al., 2024; De Brasi et al., 2021). Genom att integrera personcentrerad vård kan vårdgivare skapa en vårdmiljö som främjar autonomi, respekt och delaktighet, vilket är avgörande för att möta de komplexa etiska utmaningarna i palliativ vård (McCormack & McCance's, 2006).

## Metoddiskussion

### *Design*

En strukturerad litteraturöversikt valdes att genomföras eftersom arbetet var tidsbegränsat till fem månader. Detta innebar att viss relevant forskning potentiellt kan ha exkluderats och i sin tur påverkat uppsatsens trovärdighet (Polit och Beck, 2021, s. 655–657). Valet att fokusera på kvalitativ vetenskaplig litteratur syftade till att ge en djupare förståelse för vårdgivares upplevelser av faktorer som påverkar tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt. En induktiv ansats gjorde det möjligt att studera fenomen utan förutfattade meningar och gav utrymme att upptäcka nyanser av upplevelsernas komplexitet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 75; Henricson, 2023, s. 493).

För att stärka tillförlitligheten och säkerställa kvalitet av design, urval och datainsamling tillämpades sex steg av Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 56) modell. Den valda metodens olika steg beskrevs utförligt vilket möjliggjorde reproducerbarhet (Polit & Beck, 2021, s. 160). En transparent metodbeskrivning skapade även förutsättningar för att bedöma eventuella bias eller brister i vår metod.

### *Urval*

Urvalet av vetenskaplig litteratur till vår litteraturöversikt följde på tydligt definierade inklusions- och exklusionskriterier enligt Bettany-Saltikov och Mc Sherrys (2016, s. 91) modell vilket säkerställde både relevans och vetenskaplig kvalitet. En styrka med litteraturöversikten var den strukturerade process som beskrevs noggrant, inklusive bearbetningen av syftet och problemformuleringen genom PEO för att säkerställa sökningens struktur och relevans (Bettany-Saltikov & Mc Sherry, 2016, s. 26). Initialt begränsades sökningen till artiklar som var högst 15 år gamla men det slutliga resultatet inkluderade artiklar som var högst 11 år för att säkerställa att den

vetenskapliga litteraturen var aktuell, vilket överensstämmer med rekommendationer från Polit och Beck (2021, s. 180). Att inkludera vårdgivares, patienters och närståendes perspektiv gav en bredare förståelse men kan ha försvårat analysen då perspektiven inte alltid överensstämde samtidigt som inkluderingen av dessa perspektiv gav ett mervärde. I litteraturöversikten inkluderades enbart primärkällor som enligt Caldwell et al. (2011) granskningsmall var av mycket god kvalitet vilket stärkte tillförlitligheten i urvalsprocessen och försäkrade den etiska förankringen.

### *Datainsamling*

Datainsamlingen och sökstrategin följde vidare Bettany-Saltikov och Mc Sherrys (2016, s. 91) modell. En svaghet kan ha varit att valet av databaser var begränsat till tre, trots att CINAHL, PubMed och PsycINFO är väletablerade hade ett bredare urval av databaser kunnat ge ytterligare perspektiv. Detta kan ha påverkat resultatets överförbarhet, särskilt med tanke på att PsycINFO inte gav några relevanta träffar (Polit & Beck, 2021, s. 87–89). Sökstrategin med booleska operatörer och trunkeringar var en styrka som uttömde möjliga utfall av relevanta artiklar. Genom handledning av bibliotekarie optimerades varje sökord och sökblock vilket utgjorde ytterligare en försäkran av att inte ha missat något väsentligt. Enligt Polit och Beck (2021, s. 87–89) innebär en effektiv sökstrategi att först söka varje sökblock enskilt och sedan kombinera dem för att identifiera relevanta artiklar. Denna metod möjliggör en mer omfattande och precis litteratursökning. Vid inklusion eller exklusion av sökblock 3) "vårdgivare" påverkades sökresultaten och bidrog till att identifiera de mest relevanta artiklarna. Snöbollsmetoden bidrog dessutom till att utöka urvalet, där artiklar som inte identifierades i de initiala sökningarna framkom. Detta kan dock medföra en viss bias eftersom snöbollsmetoden bygger på redan utvalda artiklar och deras referenser, vilket kan ha lett till att vissa aspekter gick förlorade (Polit & Beck, 2021, s. 87).

Resultatet innefattade vetenskaplig litteratur med vid geografisk spridning vilket kan ha påverkat dess överförbarhet. Enligt Polit och Beck (2021, s. 157) avser överförbarhet i kvalitativ forskning i vilken utsträckning resultaten kan appliceras på andra sammanhang eller grupper än de som studerats för att kunna bedöma dess relevans i liknande kontexter. Trots den geografiska spridningen med tillhörande kontextuella skillnader mellan länderna visade resultat gemensamma beröringspunkter, vilket gjorde resultatet relevant och ökade överförbarheten där samma aspekter av palliativ vård vid hjärtsvikt var aktuella.

### *Dataanalys*

Att enbart inkludera kvalitativa studier stärkte resultatets djup och förståelse för upplevelser men begränsade överförbarheten (Polit & Beck, 2021, s. 157). Tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006) användes för att identifiera mönster i data på ett systematiskt och flexibelt sätt. Kodning och extrahering genomfördes gemensamt för en konsekvent tolkning och regelbundna diskussioner stärkte trovärdigheten. De flesta artiklar undersökte vårdgivares perspektiv medan tre även inkluderade patienter och närstående, vilket breddade förståelsen men ökade analysens komplexitet.

### *Forskningsetiska överväganden*

För att skydda individens rättigheter och självbestämmande har samtliga inkluderade artiklar genomgått etisk granskning, vilket säkerställer att deltagarna inte utsatts för onödiga risker (Polit & Beck, 2021, s. 131). Vetenskapsrådets riktlinjer för god forskningssed har följts med fokus på transparens, noggrannhet och objektivitet för att undvika bias och säkerställa integritet (Vetenskapsrådet, 2024). Referenshantering har hanterats korrekt för att minimera risken för plagiering (Kjellström, 2017, s. 57). Översättning och analys av engelskspråkiga artiklar har skett gemensamt för att undvika feltolkningar. Efter att ha genomfört en kritisk granskning av den egna förståelsen och dokumenterat samtliga sökvägar för att stärka studiens tillförlitlighet samt undvika selektiv rapportering (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 37). Detta tillvägagångssätt har följt god forskningssed och syftar till att belysa faktorer som påverkar tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt.

## **SLUTSATS**

Tidig integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt kräver strukturerad kommunikation och teamsamverkan för att identifiera palliativa vårdbehov i tid. Bedömningsverktyg och ett personcentrerat förhållningssätt stärker vårdkvalitet samt främjar livskvaliteten. Brist på kunskap och osäkerhet kring palliativa insatser gör att bedömning av vårdbehov och samtal om vårdnivå ofta fördröjs. Detta kan motverkas genom riktad utbildning och handledning inom palliativ vård, vilket stärker vårdgivares trygghet och förmåga att initiera dessa samtal i rätt tid. En sammanhållen vård där palliativ vård och kardiologi samverkar minskar fragmentering och förbättrar patientens upplevelse av vården. Samordnade vårdteam och en stödjande vårdmiljö, särskilt i hemmet, främjar bättre symtomlindring och ökar tryggheten för patienten. Patienters och närståendes medverkan i vårdplaneringen ökar känslan av delaktighet. Utveckling av tydliga riktlinjer, utbildning och förbättrad interprofessionell kommunikation möjliggör en tidig identifiering vilket är nödvändigt för en mer jämlik och effektiv vård.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Denna litteraturöversikt lyfter faktorer som påverkar integrering av tidig palliativ vård för patienter med hjärtsvikt samt vikten av ökad kunskap och medvetenhet inom området. För att tillämpa dessa insikter i den kliniska verksamheten kan flera specifika åtgärder implementeras. Kontinuerliga utbildningsinsatser för vårdgivare inom palliativ vård kan stärka deras trygghet och kompetens i att inleda samtal om vårdnivå och prognos. Genom användning av riktat och strukturerat kommunikationsstöd kan osäkerhet hos vårdgivare minska och främja tidiga diskussioner om palliativa vårdbehov. Utveckling av specifika riktlinjer för palliativ vård vid hjärtsvikt kan ge vårdgivare en gemensam grund för beslut och åtgärder. Stärkt samverkan mellan kardiologer, sjuksköterskor och palliativa vårdteam kan säkerställa en helhetsorienterad och kontinuerlig vård för att överbrygga övergångarna mellan olika vårdinstanser. Implementering av flexibla och personcentrerade verktyg

kan underlätta identifiering av palliativa vårdbehov i ett tidigt skede. Ökad information och utbildning för patienter och närstående om sjukdomsförloppet kan minska missförstånd och förbättra delaktigheten i vårdplaneringen. Slutligen är det viktigt att öka både vårdgivares, patienters och närståendes förståelse för sjukdomens förlopp för att undvika försenade insatser och främja tidig symtomlindring och bättre livskvalitet.

## **FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING**

Det behövs mer forskning om vårdgivares upplevelser av faktorer som påverkar integrering av palliativ vård där även patienter och närstående anses vara en aktiv deltagare i vårdteamet. För att tidigt identifiera palliativa vårdbehov behövs även utveckling och validering av specifika verktyg för patienter med hjärtsvikt i olika skeden. Det är också viktigt att undersöka hur tidig palliativ vård påverkar vårdkostnader, resursanvändning och akutvård. Forskning om utbildning och kompetensutveckling inom palliativ vård kan stärka vårdgivares kunskap och samverkan. En förståelse för vårdgivares utbildningsbehov är avgörande för att förbättra vårdflödet. Samordningen mellan primärvård och specialistvård kan effektiviseras med bättre verktyg och kommunikation som förbättrar förhållanden för patienter och deras närstående.

## REFERENSFÖRTECKNING

\*artikel inkluderad i resultatet

Addington-Hall, J., Fakhoury, W., & McCarthy, M. (1998). Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliative medicine*, 12(6), 417–427.  
<https://doi.org/10.1191/026921698676924076>

Alanazi, M. A., Shaban, M. M., Ramadan, O. M. E., Zaky, M. E., Mohammed, H. H., Amer, F. G. M., & Shaban, M. (2024). Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC nursing*, 23(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5>

Ambrosy, A. P., Fonarow, G. C., Butler, J., Chioncel, O., Greene, S. J., Vaduganathan, M., Nodari, S., Lam, C. S. P., Sato, N., Shah, A. N., & Gheorghiade, M. (2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(12), 1123–1133.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.11.053>

Ament, S. M. C., van den Broek, L. M., van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., Boyne, J. J. J., Maessen, J. M. C., Bekkers, S. C. A. M., Bellersen, L., Rocca, H. B., Engels, Y., & Janssen, D. J. A. (2022). What to consider when implementing a tool for timely recognition of palliative care needs in heart failure: a context-based qualitative study. *BMC palliative care*, 21(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00896-y>

Arenas Ochoa, L. F., González-Jaramillo, V., Saldarriaga, C., Lemos, M., Krikorian, A., Vargas, J. J., Gómez-Batiste, X., Gonzalez-Jaramillo, N., & Eychmüller, S. (2021). Prevalence and characteristics of patients with heart failure needing palliative care. *BMC palliative care*, 20(1), 184. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00850-y>

Axelsson, B. (2023). *Palliativ medicin i praktiken*. (Uppl. 2:1) Studentlitteratur.

Axelsson B. (2022). The Challenge: Equal Availability to Palliative Care According to Individual Need Regardless of Age, Diagnosis, Geographical Location, and Care Level. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4229. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074229>

Azizi, Z., Naghizadeh, M. M., & Bijani, M. (2024). The relationship between moral courage, team work, and safe nursing care in clinical nurses: a multicenter cross-sectional study in Iran. *BMC nursing*, 23(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02097-3>

\*Barrett, T. A., MacEwan, S. R., Melnyk, H. L., Volney, J., Singer, J., Di Tosto, G., Rush, L. J., Shiu-Yee, K., Benza, R., & McAlearney, A. S. (2023). The Role of Palliative Care in Heart Failure, Part 1: Referring Provider Perspectives About Opportunities in Advanced Cardiac Therapies. *Journal of palliative medicine*, 26(12), 1671–1677. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0595>

Bharani, A., Mehta, A., Hiensch, K., Zeng, L., Lala, A., Pinney, S., Goldstein, N., Chai, E., & Gelfman, L. P. (2024). Referral Versus Embedded Palliative Care Consultation Among People Hospitalized With Heart Failure: A Report From a Single Center Pilot Program. *Journal of pain and symptom management*, 67(3), 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.11.027>

Bekelman, D. B., Plomondon, M. E., Carey, E. P., Sullivan, M. D., Nelson, K. M., Hattler, B., McBryde, C. F., Lehmann, K. G., Gianola, K., Heidenreich, P. A., & Rumsfeld, J. S. (2015). Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 175(5), 725–732. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0315>

Bergqvist, J., Hedman, C., Schultz, T., & Strang, P. (2022). Equal receipt of specialized palliative care in breast and prostate cancer: a register study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(9), 7721–7730. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07150-y>

Bettany-Saltikov, J., & Mcsherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide* (2nd ed.). Open university press

\*Brännström, M., Fischer Grönlund, C., Zingmark, K., & Söderberg, A. (2019). Meeting in a 'free-zone': Clinical ethical support in integrated heart-failure and palliative care. *European journal of cardiovascular nursing*, 18(7), 577–583. <https://doi.org/10.1177/1474515119851621>

Brännström, M., & Boman, K. (2014). Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *European journal of heart failure*, 16(10), 1142–1151. <https://doi.org/10.1002/ejhf.151>

Brännström, M., & Jaarsma, T. (2015). Struggling with issues about cardiopulmonary resuscitation (CPR) for end-stage heart failure patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(2), 379–385. <https://doi.org/10.1111/scs.12174>

\*Browne, S., Macdonald, S., May, C. R., Macleod, U., & Mair, F. S. (2014). Patient, carer and professional perspectives on barriers and facilitators to quality care in advanced heart failure. *PloS one*, 9(3), e93288. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093288>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today*, 31(8), e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

Callender, T., Woodward, M., Roth, G., Farzadfar, F., Lemarie, J. C., Gicquel, S., Atherton, J., Rahimzadeh, S., Ghaziani, M., Shaikh, M., Bennett, D., Patel, A., Lam, C. S., Sliwa, K., Barretto, A., Siswanto, B. B., Diaz, A., Herpin, D., Krum, H., Elias, T., ... Rahimi, K. (2014). Heart failure care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 11(8), e1001699. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001699>

Comín-Colet, J., Verdu-Rotellar, J. M., Vela, E., Mendoza, L., Fernández, C., Roca, J., & Farrero, M. (2016). Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: A population-based analysis of 56,742 patients. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(1), Article 4. <https://doi.org/10.1186/s12872-015-0167-6>

De Brasi, E. L., Giannetta, N., Ercolani, S., Gandini, E. L. M., Moranda, D., Villa, G., & Manara, D. F. (2021). Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nursing ethics*, 28(5), 614–627. <https://doi.org/10.1177/0969733020964859>

\*Ecarnot, F., Meunier-Beillard, N., Seronde, M. F., Chopard, R., Schiele, F., Quenot, J. P., & Meneveau, N. (2018). End-of-life situations in cardiology: a qualitative study of physicians' and nurses' experience in a large university hospital. *BMC palliative care*, 17(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0366-5>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Essa, H., Walker, L., Mohee, K., Oguguo, C., Douglas, H., Kahn, M., Rao, A., Bellieu, J., Hadcroft, J., Hartshorne-Evans, N., Bliss, J., Akpan, A., Wong, C., Cuthbertson, D. J., & Sankaranarayanan, R. (2022). Multispecialty multidisciplinary input into comorbidities along with treatment optimisation in heart failure reduces hospitalisation and clinic attendance. *Open heart*, 9(2), e001979. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2022-001979>

European Association for Palliative Care (EAPC). (2016). *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. European Journal of Palliative Care*, 23(6), 278-279. <https://www.eapcnet.eu/white-paper-standards-norms>

European Society of Cardiology. (2016). *2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

Fitzsimons, D., Doherty, L. C., Murphy, M., Dixon, L., Donnelly, P., McDonald, K., & McIlpatrick, S. (2019). Inadequate Communication Exacerbates the Support Needs of Current and Bereaved Caregivers in Advanced Heart Failure and Impedes Shared Decision-making. *The Journal of cardiovascular nursing*, 34(1), 11–19. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000516>

\*Gholami Motlagh, F., Nobahar, M., & Bahrami, M. (2024). Barriers and Facilitators of Palliative Care in Older Adults With Heart Failure: A Qualitative Content Analysis. *Journal of palliative care*, 39(4), 271–281. <https://doi.org/10.1177/08258597231183316>

\*Glogowska, M., Simmonds, R., McLachlan, S., Cramer, H., Sanders, T., Johnson, R., Kadam, U. T., Lasserson, D. S., & Purdy, S. (2016). "Sometimes we can't fix things": a qualitative study of health care professionals' perceptions of end of life care for patients with heart failure. *BMC palliative care*, 15, 3. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0074-y>

\*Graham, C., Schonnop, R., Killackey, T., Kavalieratos, D., Bush, S. H., Steinberg, L., Mak, S., Quinn, K., & Isenberg, S. R. (2022). Exploring Health Care Providers' Experiences of Providing Collaborative Palliative Care for Patients With Advanced Heart Failure At Home: A Qualitative Study. *Journal of the American Heart Association*, 11(13), e024628. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.024628>

Hamatani, Y., Takada, Y., Miyamoto, Y., Kawano, Y., Anchi, Y., Shibata, T., Suzuki, A., Nishikawa, M., Ito, H., Kato, M., Shiga, T., Fukumoto, Y., Izumi, C., Yasuda, S., Ogawa, H., Sugano, Y., & Anzai, T. (2020). Development and Practical Test of Quality Indicators for Palliative Care in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society*, 84(4), 584–591. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0225>

Henricson, M. (2023). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori: Från idé till examination inom omvårdnad* (3. uppl., s. 491–500). Studentlitteratur.

Hodiamont, F., Jünger, S., Leidl, R., Maier, B. O., Schildmann, E., & Bausewein, C. (2019). Understanding complexity - the palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC health services research*, 19(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3961-0>

- International Council of Nursing [ICN]. (2021). ICN:s etiska koder för sjuksköterskor. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
- Im, J., Mak, S., Upshur, R., Steinberg, L., & Kuluski, K. (2019). 'The Future is Probably Now': Understanding of illness, uncertainty and end-of-life discussions in older adults with heart failure and family caregivers. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 22(6), 1331–1340. <https://doi.org/10.1111/hex.12980>
- \*Janssen, D. J., Ament, S. M., Boyne, J., Schols, J. M., Rocca, H. B., Maessen, J. M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. (2020). Characteristics for a tool for timely identification of palliative needs in heart failure: The views of Dutch patients, their families and healthcare professionals. *European journal of cardiovascular nursing*, 19(8), 711–720. <https://doi.org/10.1177/1474515120918962>
- Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket. (n.d.). Svensk MeSH: Hjärtinsufficiens. Hämtad 2024-12-01 från <https://mesh.kib.ki.se/term/D010348>
- \*Kavalieratos, D., Mitchell, E. M., Carey, T. S., Dev, S., Biddle, A. K., Reeve, B. B., Abernethy, A. P., & Weinberger, M. (2014). "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *Journal of the American Heart Association*, 3(1), e000544. <https://doi.org/10.1161/JAHA.113.000544>
- Kesonen, P., Salminen, L., Koivisto, J. M., & Haavisto, E. (2025). Hälso- och sjukvårdspersonals perspektiv på vilka interprofessionella kompetenser som krävs inom palliativ vård. *Tidskrift för interprofessionell vård*, 39(2), 218–227. <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2437413>
- Khan, M. S., Shahid, I., Bennis, A., Rakisheva, A., Metra, M., & Butler, J. (2024). Global epidemiology of heart failure. *Nature reviews. Cardiology*, 21(10), 717–734. <https://doi.org/10.1038/s41569-024-01046-6>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), (2017). Vetenskaplig teori: Från idé till examination inom omvårdnad (2. uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- 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), 1062–1069. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0622>

Kunskapsstyrning vård. (2023). *Verksamhetsrapport vårdförlopp 2023*. Hämtad 6 januari 2025, från <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.1d15a70b18ebd02cc6f91701/1713517356173/Verksamhetsrapport-vardforlopp-2023.pdf>

Lombard, J., Davidson, H., & Doody, O. (2024). A survey study of healthcare workers on do not Attempt cardiopulmonary resuscitation practice and policy in Ireland. *Resuscitation plus*, 20, 100799. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100799>

Mallon, T., Schulze, J., Dams, J., Weber, J., Asendorf, T., Böttcher, S., Sekanina, U., Schade, F., Schneider, N., Freitag, M., Müller, C., König, H. H., Nauck, F., Friede, T., Scherer, M., & Marx, G. (2024). Evaluating palliative care case conferences in primary care for patients with advanced non-malignant chronic conditions: a cluster-randomised controlled trial (KOPAL). *Age and ageing*, 53(5), afae100. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae100>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Mondejar-Pont, M., Rota-Musoll, L., Gómez-Batiste, X., & Ramon-Aribau, A. (2024). Assessing Healthcare Integration: An Integrated Palliative Care System in Spain. *International journal of integrated care*, 24(4), 1. <https://doi.org/10.5334/ijic.8613>

Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7498), 1007–1011. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>

Okumura, T., Sawamura, A., & Murohara, T. (2018). Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. *The Korean journal of internal medicine*, 33(6), 1039–1049. <https://doi.org/10.3904/kjim.2018.106>

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V. P., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosano, G. M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Rutten, F. H., ... ESC Scientific Document Group (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 37(27), 2129–2200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11: e uppl.). Lippincott Williams & Wilkins.

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Raphael, C., Briscoe, C., Davies, J., Ian Whinnett, Z., Manisty, C., Sutton, R., Mayet, J., & Francis, D. P. (2007). Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart (British Cardiac Society)*, 93(4), 476–482. <https://doi.org/10.1136/hrt.2006.089656>

Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.

\*Roikjaer, S. G., Timm, H., & Simoný, C. (2022). First steps to integrate general palliative care into a cardiac hospital setting - using dialogue-based workshops. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(1), 203–214. <https://doi.org/10.1111/scs.12978>

Sánchez-Marteles, M., Rubio Gracia, J., & Giménez López, I. (2016). Pathophysiology of acute heart failure: a world to know. *Revista clinica espanola*, 216(1), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2015.09.010>

\*Santos, K. A., Trotte, L. A. C., Telles, A., Guimarães, T. C., Sá, E., & Miranda da Silva, M. (2023). A Qualitative Study of the Limits and Possibilities of Integrating Palliative Care in Heart Failure. *Inquiry (00469580)*, 1–11. <https://doi.org/10.1177/00469580231160897>

Shore, S., Harrod, M., Vitous, A., Silveira, M. J., McIlvennan, C. K., Cascino, T. M., Langa, K. M., Ho, P. M., & Nallamothu, B. K. (2024). Prognosis Communication in Heart Failure: Experiences and Preferences of End-Stage Heart Failure Patients and Care Partners. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 17(6), e010662. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010662>

\*Singh, G. K., Ramjan, L., Ferguson, C., Davidson, P. M., & Newton, P. J. (2020). Access and referral to palliative care for patients with chronic heart failure: A qualitative study of healthcare professionals. *Journal of clinical nursing*, 29(9–10), 1576–1589. <https://doi.org/10.1111/jocn.15222>

Socialstyrelsen. (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård vid livets slut, vägledning, rekommendationer och indikatorer, stöd för styrning och ledning.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). End of life palliative care.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-21.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Stöd för styrning och ledning (socialstyrelsen.se) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2022). Samverkan och kontinuitet. Hämtad 9 januari 2025 från

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvardskador/riskomraden/samverkan-och-kontinuitet/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Personcentrerad vård.

<https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615394/1605100853275/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>

Svenska sjuksköterskeförening. (2019). *Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad, kompetensbeskrivning på avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning inom palliativ vård*. Svenska sjuksköterskeförening.

<https://swenurse.se/download/18.2583e78a172e5093ed635b/1593001299928/kompetensbeskrivning-palliativ-v%C3%A5rd-2019.pdf>

Starfield B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente journal*, 15(2), 63–69. <https://doi.org/10.7812/TPP/10-148>

Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of interprofessional care*, 19(2), 102–114. <https://doi.org/10.1080/13561820400024159>

Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Jr, Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R. D., Noël, P. H., Lin, E. H., Areán, P. A., Hegel, M. T., Tang, L., Belin, T. R., Oishi, S., Langston, C., & IMPACT Investigators.

Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836–2845.

<https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2836>

- Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningsсед 2024*. Vetenskapsrådet. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forsknings-sed-2024.html>
- Vestergaard, A. H. S., Christiansen, C. F., Neergaard, M. A., Valentin, J. B., & Johnsen, S. P. (2021). Healthcare utilisation trajectories in patients dying from chronic obstructive pulmonary disease, heart failure or cancer: a nationwide register-based cohort study. *BMJ open*, 11(11), e049661. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049661>
- Walsh, M., & Kiely, F. (2023). Patients with Congestive Cardiac Failure Referred to Specialist Palliative Care. *The American journal of hospice & palliative care*, 40(4), 374–377. <https://doi.org/10.1177/10499091221104739>
- Wintrich, J., Berger, A. K., Bewarder, Y., Emrich, I., Slawik, J., & Böhm, M. (2022). Neues zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz [Update on diagnostics and treatment of heart failure]. *Herz*, 47(4), 340–353. <https://doi.org/10.1007/s00059-021-05062-x>
- Woodburn, J. L., Staley, L. L., Wordingham, S. E., Spadafore, J., Boldea, E., Williamson, S., Hollenbach, S., Ross, H. M., Steidley, D. E., & Pajaro, O. E. (2019). Destination Therapy: Standardizing the Role of Palliative Medicine and Delineating the DT-LVAD Journey. *Journal of pain and symptom management*, 57(2), 330–340.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.11.007>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514477>
- World Health Organization [WHO]. (2020). WHO Definition of Palliative Care—Public Health. Hämtad 23 september 2024, från <https://www.publichealth.com.ng/who-definition-of-palliative-care/>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Planning and implementing palliative care services: A guide for programme managers*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Integrated care models: An overview*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326459>

\*Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. *BMC palliative care*, *15*, 76. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0149-9>

## BILAGA 1. Sökmatrix

Databas Datum för sökning	Sökord Sökblock	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Pubmed 2025-01-17	((((((((Delivery of Health Care, Integrated[MeSH Terms]) OR (Clinical Decision-Making[MeSH Terms])) OR (Clinical Reasoning[MeSH Terms])) OR (Clinical Relevance[MeSH Terms])) OR (Implementation Science[MeSH Terms]) OR (model of care delivery)) OR (barriers)) OR (facilitators)) OR (Decision-making) AND (((((cardiac failure[MeSH Terms]) OR (Heart Decompensation)) OR (myocardial failure[MeSH Terms])) OR (heart failure[MeSH Terms]) OR (CCF; congestive cardiac failure)) OR (Chronic heart failure))) AND (((((((palliative care[MeSH Terms]) OR (Palliative Treatment)) OR (Palliative Therapy)) OR (Palliative care Nursing)) OR (palliative medicine)) OR ("Best support care")) OR ("Serious Illness conversation") OR (quality of life))) AND (Health care professionals' attitudes))	Publication date 2010-2025, English, human, adult 19+ years	63	63	30	(Barrett et al., 2023) (Browne et al., 2014) (Ecarnot et al., 2018) (Janssen et al., 2020) (Kavalieratos et al., 2014) (Singh et al., 2020) (Ziehm et al., 2016)
Pubmed 2025-01-18	((((((((Cardiac Failure[MeSH Terms]) OR (Heart Decompensation)) OR (myocardial failure[MeSH Terms])) OR (heart failure[MeSH Terms])) OR (CCF; congestive cardiac failure)) OR (Chronic heart failure)) AND (((((((palliative care[MeSH Terms]) OR (Palliative Treatment)) OR (Palliative Therapy)) OR (Palliative care Nursing)) OR (Palliative	Publication date 2010-2025, English, human	79	64	22	(Ecarnot et al., 2018) (Glogowska et al., 2016) (Graham et al., 2022) (Kavalieratos et al., 2014)

	<p>medicine)) OR ("Best support care") OR ("Serious Illness conversation") OR (quality of life[MeSH Terms])) AND (((Nursing Staff[MeSH Terms]) AND (Health care professionals' attitudes)) OR (Health Personnel[MeSH Terms])) AND ((((((Delivery of Health Care, Integrated[MeSH Terms]) OR (Clinical Decision-Making[MeSH Terms])) OR (Clinical Reasoning[MeSH Terms])) OR (Clinical Relevance[MeSH Terms])) OR (Implementation Science[MeSH Terms])) OR (model of care delivery)) OR (Decision-making))</p>					
<p>Pubmed 2025-01-18</p>						<p>Snöbollar: (Brännström et al., 2019) (Gholami et al., 2024) (Roikjær et al., 2022)</p>
<p>CINAHL 2025-01-17</p>	<p>(MH "Palliative Care") OR (MH "Palliative Care Nursing") AND (MH "Cardiac Patients") OR "Cardiac Failure" OR (MH "Heart Failure+") AND (MH "Health Personnel+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") AND (MH "Health Care Delivery, Integrated") OR (MH "Health Care Delivery+") OR (MH "Health Care Reform+")</p>	<p>Limiters - Publication Date: 20100101-20251231; English Language; Peer Reviewed; Human; Age Groups: All Adult</p> <p>Narrow by SubjectMajor: - attitude of health personnel</p> <p>Narrow by SubjectMajor: - heart failure</p> <p>Narrow by SubjectMajor: - health care delivery, integrated</p> <p>Narrow by SubjectMajor: - palliative care</p>	17	11	5	<p>(Janssen et al., 2020) (Kavalieratos et al., 2014) (Santos et al., 2023) (Ziehm et al., 2016)</p>

		Search modes - Find all my search terms				
PsycINFO 2025-01-18	(DE "Palliative Care") OR (DE "Palliative Care Nursing") AND (DE "Cardiac Patients") OR "Cardiac Failure" OR (DE "Heart Failure+") AND (DE "Health Personnel+") OR (DE "Attitude of Health Personnel+") AND (DE "Health Care Delivery, Integrated") OR (DE "Health Care Delivery+") OR (DE "Health Care Reform+")	Limiters - Publication Date: 20100101-20251231; Publication Type: Peer Reviewed Journal; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older)  Narrow by Subject: - health personnel  Narrow by SubjectMajor: - heart disorders  Narrow by SubjectMajor: - health personnel attitudes  Narrow by SubjectMajor: - palliative care  Search modes - Find all my search terms	112	24	2	0

## BILAGA 2. Kvalitetsgranskningsmall

### Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.

Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

#### Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

#### Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	<u>Poäng:</u> Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)		
10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna?		

(Kvalitativ studie)		
11. Är kontexten för studien beskrivet? (Kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)		
12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)		
13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)		
14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen "objektiv"?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
		Totalt (max 36 poäng)

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.)

### **Cut off värde för kvalitet**

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

### BILAGA 3. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Barrett, T. A., MacEwan, S. R., Melnyk, H. L., Volney, J., Singer, J., Di Tosto, G., Rush, L. J., Shiu-Yee, K., Benza, R., & McAlearney, A. S.	The Role of Palliative Care in Heart Failure, Part 1: Referring Provider Perspectives About Opportunities in Advanced Cardiac Therapies.	2023 USA Journal of palliative medicine	Syftet var att förstå remitterande vårdgivares perspektiv på den palliativa vårdens roll i behandlingen av patienter med hjärtsvikt som överväger eller genomgår avancerad hjärtbehandling.	Metod: Kvalitativ design.  Urval: Vårdgivare inom kardiologi, inklusive kardiologer (16 st), hjärtkirurger (2 st) och specialistsjuksköterskor (7st), som vårdar patienter med hjärtsvikt och som överväger eller genomgår avancerad hjärtbehandling. Studien genomfördes vid ett akademiskt medicinskt center i USA med ett integrerat palliativt vårdprogram för hjärtsjukvård.  Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades.  Analys: Kvalitativ tematisk analys.	25 (0)	Specialiserade vårdgivare inom kardiologi erkänner vikten av att integrera palliativ vård genom hela sjukdomsförloppet vid hjärtsvikt för att möjliggöra behandlingsalternativ, stödja beslutsfattande och säkerställa målinriktad vård för patienter som överväger eller genomgår avancerade behandling. Ökad medvetenhet om möjligheter att integrera palliativ vård i behandlingen av dessa patienter kan förbättra samarbetet mellan vårdgivare inom kardiologi och palliativa vårdspecialister, vilket i sin tur kan leda till förbättrad patientvård.	Mycket god kvalitet, 32 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Databasinsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Browne, S., Macdonald, S., May, C. R., Macleod, U., & Mair, F. S. (2014). <i>PLoS one</i> , 9(3), e93288. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093288">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093288</a>	Patient, carer and professional perspectives on barriers and facilitators to quality care in advanced heart failure.	2014 Storbritannien <i>PLoS one</i>	Syftet var att undersöka patienter, anhörigvårdare och vårdgivares perspektiv på hanteringen av patienter med avancerad hjärtsvikt och vilka hinder och möjligheter det finns för att förbättra vården.	Metod: Kvalitativ design. Urval: 30 patienter med avancerad hjärtsvikt och 20 anhörigvårdare. Det var även 65 vårdgivare; sjuksköterskor med specialistkompetens inom distrikt/ palliativ vård/ hjärtsvikt/ akut, enhetschefer, akutmakare, läkare med specialistkompetens inom äldreården/ internmedicin/ kardiologi/ palliativ medicin, pharmaceut med specialistkompetens inom palliativ medicin och hjärtsvikt. Databasinsamling: Semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	115(0)	Osäkerheten är genomgående i berättelser från patienter med avancerad hjärtsvikt och deras anhöriga. Den rör allt från förståelsen av diagnosen och lämpliga behandlingar till när och hur de ska söka hjälp. Vårdpersonal ser detta som ett stort problem men upplever att de saknar kunskap, möjligheter och stöd för att förbättra situationen. Bristande samordning och kommunikation inom vården försvårar ytterligare. Dålig förståelse för sjukdomen hos både anhöriga och samhället leder till att patienter ofta inte prioriteras för socialt och ekonomiskt stöd. Erfarenheter av akutsjukvård beskrivs genomgående som negativa, och hanteringen av polyfarmaci utgör en stor börda.	Mycket god kvalitet, 34 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Brännström, M., Fischer Grönlund, C., Zingmark, K., & Söderberg, A.	Meeting in a 'free-zone': Clinical ethical support in integrated heart-failure and palliative care.	2019 Sverige European Journal of Cardiovascular Nursing	Syftet var att beskriva erfarenheter av Clinical ethical support (CES) bland vårdpersonal efter tre års arbete i ett multidisciplinärt vårdteam inom integrerad hjärtsvikts- och avancerad palliativ hemsjukvård.	Metod: Kvalitativ design  Urval: Två läkare (en kardiolog, en läkare med specialistkompetens inom allmänmedicin och palliativ medicin), tre sjuksköterskor (två distriktssjuksköterskor, en hjärtsviktssjuksköterska med specialistkompetens inom palliativ vård), en arbetsterapeut, en fysioterapeut. Deltagarna bestod av två män och fem kvinnor i åldern 40-67 år, som arbetat inom vården i 20-40 år. De arbetade tillsammans i ett vårdteam inom avancerad palliativ hemsjukvård.  Datainsamling: Varje deltagare genomförde en enskild intervju vid ett tillfälle, efter att ha arbetat med CES två gånger i månaden under en treårsperiod. Varje intervju spelades in och transkriberades.  Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	7(0)	CES visade sig skapa möjligheter för möten i en etisk "frizon" där deltagarna kunde relatera till varandra bortom sina olika professionella roller och specialitetsområden. Förtroendet inom teamet verkade öka och deltagarna kände sig tillräckligt trygga för att uttrycka sina åsikter. Tillsammans utvecklade de en gemensam förståelse, ökade sin kunskap och fick en bredare bild av den etiskt svåra situationen. CES tillfällena ansågs vara ett sätt att bli bättre förberedda på att hantera etiska vårdfrågor och utveckla strategier som kunde tillämpas i det kliniska arbetet med gemensamma ståndpunkter.	Mycket god kvalitet, 36 poäng.  (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Ecarnot, F., Meunier-Beillard, N., Seronde, M. F., Chopard, R., Schiele, F., Quenot, J. P., & Meneveau, N.	End-of-life situations in cardiology: a qualitative study of physicians' and nurses' experience in a large university hospital.	2018 Frankrike BMC Palliative Care	Syftet var att beskriva vårdgivares inställning av och attityd till vård i livets slutskede inom kardiologi.	Metod: Kvalitativ design.  Urval: 16 läkare (kardiologer), 16 sjuksköterskor och fem undersköterskor. Alla deltagare arbetade på en hjärtavdelning på universitetssjukhuset i Besançon, Frankrike.  Datainsamling: Varje deltagare genomförde en enskild semistrukturerad intervju vid ett tillfälle. Varje intervju spelades in och transkriberades.  Analys: Kvalitativ tematisk analys.	37 (0)	Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor hade olika perspektiv på vård i livets slutskede. Läkare tenderade att fokusera på botande behandling medan sjuksköterskor hanterade konflikten mellan botande och palliativa åtgärder. Detta utmanar kommunikationen mellan de olika professionerna, samtidigt som strukturella hinder påverkar båda gruppernas förmåga att erbjuda optimal vård i livets slutskede.	Mycket god kvalitet, 32 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Databasinsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Gholami Motlagh, F., Nobahar, M., & Bahrami, M.	Barriers and Facilitators of Palliative Care in Older Adults With Heart Failure: A Qualitative Content Analysis.	2024 Iran Journal of palliative care	Syftet var att undersöka hinder och möjligheter för att tillhandahålla palliativ vård till äldre vuxna med hjärtsvikt.	<p>Metod: Kvalitativ design.</p> <p>Urval: 15 deltagare rekryterades via sjukhus och primärvårdscentraler med anknytning till Isfahan University of Medical Sciences i Iran. Fem sjuksköterskor (varav en med specialistkompetens inom psykiatri), en dietist, en läkare med specialistkompetens inom palliativ medicin, sex vuxna patienter med hjärtsvikt, två anhörigvårdare.</p> <p>Databasinsamling: Varje deltagare genomförde en enskild semistrukturerad intervju vid ett tillfälle. Varje intervju spelades in och transkriberades.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	15 (0)	Studien identifierade flera hinder för tidig palliativ vård; bristande kunskap och utbildning hos vårdgivare, resursbrist i form av bristande struktur i verksamheten, bristande socialt stöd. Studien identifierade även flera faktorer som möjliggjorde tidig integrering av palliativ vård; tillgång till multidisciplinära vårdteam, kommunikation och stöd mellan vårdgivare och familjer, utbildning i palliativ vård. Multidisciplinära vårdteam spelade en avgörande roll i att identifiera behov och integrera palliativ vård tidigt i vårdförloppet.	Mycket god kvalitet, 36 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Glogowska, M., Simmonds, R., McLachlan, S., Cramer, H., Sanders, T., Johnson, R., Kadam, U. T., Lasserson, D. S., & Purdy, S.	Sometimes we can't fix things": a qualitative study of health care professionals' perceptions of end-of-life care for patients with heart failure.	2016 Storbritannien BMC Palliative Care	Syftet var att undersöka vårdgivarnas upplevelse av om palliativ vård för patienter med hjärtsvikt i livets slutskede.	Metod: Kvalitativ design.  Urval: 24 vårdgivare rekryterades på tre geografiskt skilda områden i Storbritannien. Alla vårdgivare arbetade antingen inom primärvården eller i den kommunala hemsjukvården som vårdade patienter med svår till avancerad hjärtsvikt. Läkare med specialistkompetens inom äldrevård/ kardiologi/ psykiatri, sjuksköterskor med specialistkompetens inom distrikt/ hjärtsvikt, kommunchef, enhetschef och medarbetare för rehabiliteringen för patienter med hjärtsvikt.  Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades.  Analys: Kvalitativ tematisk analys.	24 (0)	Vårdpersonal vill föra samtal med patienter och anhöriga om döden, men upplever att det är svårt att förutse patienternas preferenser och reaktioner. Det är ofta utmanande att avgöra när en patient närmar sig livets slut, vilket i kombination med bristande kommunikation kan leda till olämpliga behandlingar. Många patienter vårdas på sjukhus i livets slutskede, ofta på grund av bristande planering, trots att vissa av dem hade föredragit att avlida i hemmet.	Mycket god kvalitet, 31 poäng.  (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Databasinsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Graham, C., Schonnop, R., Killackey, T., Kavalieratos, D., Bush, S. H., Steinberg, L., Mak, S., Quinn, K., & Isenberg, S. R.	Exploring Health Care Providers' Experiences of Providing Collaborative Palliative Care for Patients With Advanced Heart Failure At Home: A Qualitative Study.	2022 USA Journal of the American Heart Association	Syftet var att undersöka vårdgivares erfarenheter av att tillhandahålla samordnad palliativ vård för patienter med avancerad hjärtsvikt i hemmet.	Metod: Kvalitativ design.  Urval: 5 kardiologer, 10 läkare inom palliativ vård och 2 specialistsjuksköterskor inom palliativ vård. Vårdgivarnas arbetsplats varierade 7 var verksamma enbart på sjukhus, 8 arbetade enbart i hemvård och 2 kombinerade arbete inom både hemvård och sjukhusvård  Databasinsamling: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades.  Analys: Kvalitativ tematisk analys.	34 (17)	Resultatet visade att kontinuerlig professionell fortbildning för att stärka kompetensen. Samverkan mellan olika specialistområden och effektiv kommunikation inom vårdteamet, stärkte det interpersonella arbetet. Resultatet visade även hinder för samordningen. Det fanns en viss tveksamhet bland kardiologer att introducera palliativ vård. Även tillgången till personcentrerade stödresurser var begränsade.	Mycket god kvalitet, 33 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Janssen, D. J., Ament, S. M., Boyne, J., Schols, J. M., Rocca, H. B., Maessen, J. M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H.	Characteristics for a tool for timely identification of palliative needs in heart failure: The views of Dutch patients, their families and healthcare professionals.	2020 Nederländerna European Journal of Cardiovascular Nursing	Syftet var att undersöka vilka egenskaper ett verktyg för att identifiera palliativa behov vid hjärtsvikt bör ha, baserat på åsikter från patienter, deras närstående och vårdgivare.	Metod: Kvalitativ design. Urval: 13 patienter (4 via primärvården, 7 via sjukhus, 2 via äldreården). 7 närstående till patienter med pågående vård och 3 efterlevande närstående. Från sjukhus deltog; 4 kardiologer, 1 specialistläkare inom palliativ vård, 3 specialistsjuksköterska inom hjärtsvikt, 3 legitimerade sjuksköterskor och 1 undersköterska, 1 teamledare, en specialistläkare inom palliativ vård, 1 palliativ medicinsk konsult. Från äldreboende deltog; 3 legitimerade sjuksköterskor och 1 läkare. Från primärvården deltog; 4 allmänläkare, 2 specialistsjuksköterskor inom primärvården, 1 geriatriker. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	48 (3)	Resultatet identifierade önskvärda egenskaper hos ett verktyg för framgångsrik implementering. Vårdgivare framhöll att ett sådant verktyg bör öka medvetenhet, förståelse och kunskap om palliativa vårdbehov. För att vara effektivt bör verktyget: vara anpassningsbart till olika sjukdomsstadier, underlätta tidig identifiering av palliativa vårdbehov, främja öppna samtal om palliativ vård. Vid utformningen av verktyget bör den komplexa sjukdomsbilden vid kronisk hjärtsvikt beaktas och ett personcentrerat tillvägagångssätt tillämpas.	Mycket god kvalitet, 35 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Kavalieratos, D., Mitchell, E. M., Carey, T. S., Dev, S., Biddle, A. K., Reeve, B. B., Abernethy, A. P., & Weinberger, M.	"Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure.	2014 USA Journal of the American Heart Association	Syftet var att undersöka vilka faktorer som vårdgivare inom kardiologi, primärvård och palliativ vård på sjukhus uppfattar som hinder för remittering av patienter med hjärtsvikt till palliativ vård.	Metod: Kvalitativ design.  Urval: 18 vårdgivare; läkare, sjuksköterskor med utökad behörighet (nurse practitioners) och läkarstudenter, från tre specialitetsområden: kardiologi, primärvård och palliativ vård.  Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades.  Analys: Kvalitativ tematisk analys.	19 (1)	Resultatet identifierade flera potentiella hinder: hjärtsviktens oförutsägbara förlopp, avsaknaden av tydliga indikatorer för remittering under samt oklarheter kring vad som skiljer standardbehandling av hjärtsvikt från palliativ vård. Trots detta uttryckte vårdgivarna intresse för att integrera palliativ vård i traditionell hjärtsviktsvård, men var osäkra på hur de skulle initiera ett samarbete.	Mycket god kvalitet, 33 poäng.  (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Roikjær, S. G., Timm, H., & Simoný, C.	First steps to integrate general palliative care into a cardiac hospital setting – using dialogue-based workshoped.	2022 Danmark Scandinavian Journal of Caring Sciences	Att ta fram ett nytt perspektiv och utveckla samt integrera allmän palliativ vård som en del i vården av patienter med hjärtsvikt	<p>Metod: Kvalitativ design.</p> <p>Urval: Vårdgivare från ett sjukhus i Danmark; 4 sjuksköterskor, 1 läkare, 1 sjukhuspräst, 1 fysioterapeut, alla var involverade i hjärtsjukvård.</p> <p>Datainsamling: interdisciplinär workshop inspirerad av Tsoukas dialogteori, där spänningar mellan olika perspektiv används som en katalysator för dialog och skapandet av nya insikter. Perspektiven integrerades genom utvalda patientberättelser som hämtades ur 6 semistrukturerade intervjuer med 6 patienter med hjärtsvikt. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>Analys: Kvalitativ tematisk analys.</p>	7 (0)	Resultatet fann att de dialogbaserade workshoparna hjälpte till att öka medvetenheten om palliativ vård bland vårdgivarna inom hjärtsjukvård. Deltagarna identifierade behovet av en tydligare definition av palliativ vård inom hjärtsjukvård och betonade vikten av att involvera både patienter och deras familjer i vårdplaneringen. Workshoparna ledde till ökad samverkan mellan olika professioner och stärkte förståelsen för vikten av att inkludera palliativ vård tidigt i sjukdomsprocessen. Dock uppstod utmaningar, såsom tidsbrist och organisatoriska hinder, som påverkade implementeringen av palliativ vård.	Mycket god kvalitet, 36 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Santos, K. A., Trotte, L. A. C., Telles, A., Guimarães, T. C., Sá, E., & Miranda da Silva, M.	A Qualitative Study of the Limits and Possibilities of Integrating Palliative Care in Heart Failure.	2023 Brasilien <i>Inquiry</i>	Syftet var att diskutera utmaningar och möjligheterna för att integrera palliativ vård vid hjärtsvikt.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: Tio vårdgivare från ett institut som specialiserat sig på hjärt-kärlsjukdomar i Rio de Janeiro, Brasilien. I studien deltog; 3 läkare, 5 sjuksköterskor, 1 psykolog och 1 arbetsterapeut. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	10 (0)	Deltagarna identifierade hinder för integrering av palliativ vård vid hjärtsvikt, såsom komplex symtombild, låg livskvalitet, bristande sjukdomskunskap, sen behandlingsstart och socioekonomiska faktorer. Begränsade resurser, svårigheter i kliniska beslut och låg prioritet inom vårdverksamheten försvårade ytterligare.  Trots en realistisk syn var vårdgivarnas perspektiv begränsat till det egna teamet. Studien syftade till att synliggöra framsteg och förändra den institutionella kulturen. För att förbättra vården och livskvaliteten krävdes en anpassad strategi som balanserade behov, förväntningar och systemets hållbarhet.	Mycket god kvalitet, 35 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Datainsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Singh, G. K., Ramjan, L., Ferguson, C., Davidson, P. M., & Newton, P. J.	Access and referral to palliative care for patients with chronic heart failure: A qualitative study of healthcare professionals.	2020 Australien Journal of Clinical Nursing	Syftet var att undersöka vårdgivares erfarenheter och perspektiv på tillgång till och remittera till palliativ vård för patienter med kronisk hjärtsvikt.	Metod: Kvalitativ design. Urval: 3 kardiologer, 7 hjärtsviktssjuksköterskor, 1 allmänläkare, 3 läkare med specialistkompetens inom palliativ medicin, 1 sjuksköterska med specialistkompetens inom palliativ vård Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analys: Kvalitativ tematisk analys.	15 (0)	Vårdgivare upplevde svårigheter att remittera patienter med hjärtsvikt till palliativ vård på grund av brist på tydliga kriterier och prognostisk osäkerhet. Effektiv remittering förutsatte samarbete och kommunikation i multidisciplinära team, vilket ofta saknades. Barriärer för tillgång till palliativ vård inkluderade organisatoriska hinder, bristande kunskap om palliativ vård och otillräckligt stöd till vårdpersonal. För att förbättra vården efterfrågades mer utbildning och riktlinjer om palliativ vård vid hjärtsvikt.	Mycket god kvalitet, 33 poäng. (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, Urval, Databasinsamling, Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., & Köberich, S.	Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study.	2016 Tyskland BMC Palliative Care	Syftet var att utforska vårdgivares attityder och erfarenheter av palliativ vård för patienter med kronisk hjärtsvikt, med fokus på att identifiera hinder och möjligheter för implementering.	Metod: Kvalitativ intervjustudie. Urval: 4 sjuksköterskor (sjukhus), 3 sjuksköterskor från öppenvården, 4 hjärtsviktssjuksköterskor, 1 sjuksköterska med specialistkompetens inom palliativ vård, 3 kardiologer (distrikt), 4 kardiologer (sjukhus), 3 allmänläkare, 1 undersköterska med specialistkompetens inom palliativ vård. Databasinsamling: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analys: Kvalitativ tematisk analys.	23 (0)	Vårdgivarna såg behovet av palliativ vård för patienter med kronisk hjärtsvikt. Hinder som nämndes var bristande kunskap om palliativ vård, dålig kommunikation och samarbete mellan professioner, svårigheter att acceptera medicinska begränsningar, svårbedömd prognos och patienters oro inför palliativ vård. Det fanns olika åsikter om när vården bör inledas, och behovet av bättre samarbete och utbildning för både vårdpersonal, patienter och allmänheten lyftes fram.	Mycket god kvalitet, 35 poäng. (K)