



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatuppsats

Sjuksköterskors upplevelser av existentiella samtal med palliativa patienter – en litteraturöversikt

Nurses' experiences of existential conversations with palliative patients – A literature review

Författare: Sara Johannesson & Kristofer Pettersson

Handledare: Berit Gesar

Granskare: Anncarin Svanberg

Examinator: Anncarin Svanberg

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2030

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 20190605

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

Abstrakt

Bakgrund: Palliativ vård kallas förhållningssättet man arbetar efter när botande behandling inte längre har en positiv verkan utan vården övergår till att lindra symtom. Sjuksköterskors grundläggande ansvar är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Existentiella frågor kan handla om meningen med livet, döden, tiden man har kvar på jorden och liknande grundläggande villkor för mänskligt liv.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av existentiella samtal med palliativa patienter.

Metod: En litteraturöversikt utfördes. Datainsamling skedde i databaserna CINAHL och PubMed och en sekundärsökning utfördes. Artiklar granskades kritiskt av båda författarna och kvalitetsgranskades. Datainsamlingen resulterade i 16 artiklar av kvalitativ, kvantitativ och mixad metod som sedan utgjorde resultatet.

Resultat: Resultatet redovisas i fem teman: *Sjuksköterskors upplevda positiva känslor, sjuksköterskors upplevda negativa känslor och otillräcklighet, sjuksköterskors strävan att upprätthålla existentiell vård, sjuksköterskors upplevda brist på utbildning och erfarenhet samt sjuksköterskors behov av bearbetning och återhämtning.* Undertema: *upplevda hinder för upprätthållande av existentiell vård.* De tydligaste resultaten visar att sjuksköterskor kände att de i sin yrkesroll i den palliativa vården var privilegierade, trots att känslomässiga påfrestningar ingick i arbetet. För att delta i existentiella samtal var utbildning och yrkeserfarenhet förutsättningar för sjuksköterskorna. Diskussion och reflektion med arbetskollaborer var essentiellt för att bearbeta egna känslor och intryck från samtalen. En förutsättning för att bearbeta egna upplevelser i mötet med patienter i livets slut var återhämtning på fritiden.

Slutsats: Sjuksköterskor upplevde sig ha en privilegierad roll då de fick äran att höra patienternas innersta tankar och livshistorier. Att vara den som patienterna anförtror sig till kan dock vara emotionellt krävande och det var av vikt att sjuksköterskorna fick reflektera med kollegor och återhämta sig för att orka med. Sjuksköterskornas osäkerhet och upplevda kunskapsbrist resulterade i att de önskade mer utbildning i existentiella samtal. Osäkerheten hos sjuksköterskorna, tidsbrist och personalbrist beskrevs vara faktorer som kunde göra att samtalen uteblev. Sjuksköterskorna upplevde att existentiella samtal var viktigt och att det hörde till deras yrke och den holistiska filosofin.

Nyckelord: Existentiella samtal, litteraturöversikt, palliativ, sjuksköterska

Abstract

Background: Palliative care is when curing treatment no longer has a positive efficacy, instead the care merges into relieving symptoms. Nurses fundamental responsibility is to facilitate health, prevent disease, restore health and ease suffering. Existential questions could be about the meaning of life, death, time left on earth and similar fundamental terms for human life.

Aim: To describe nurses experiences of existential conversations with palliative patients.

Method: A literature review was performed. Data collection took place in the databases CINAHL and PubMed and a secondary search was performed. The articles were critically reviewed by both authors and quality assessed. The data collection resulted in 16 articles with qualitative, quantitative and mixed method that then produced the result.

Results: The result is reported in five themes: *Nurses' experiences of positive emotions, nurses' experiences of negative emotions and inadequacy, nurses' endeavor of maintaining existential care, nurses' experiences of lack of education and experience, and also nurses may need processing and recovery.* Subtheme: *Perceived obstacles to the maintenance of existential care.* The most distinct results show that nurses felt that they were privileged in their professional role in palliative care, although emotional stresses were part of the work. To participate in existential conversations, education and professional experience are prerequisites for the nurses. Discussing and reflecting with work colleagues was essential for processing their own feelings and impressions from the conversations. A prerequisite for processing of own experiences in meeting with patients in the end of life was through recreation in leisure time.

Conclusion: Nurses experienced themselves to have a privileged role as they had the honor of hearing patients' inner thoughts and life stories. To be the person patients entrusted to can be emotionally demanding and it was important that the nurses got to reflect with colleagues and recover to be able to cope. Nurses insecurity and perceived lack of knowledge made them want more education in existential conversations. The insecurity of the nurses, lack of time and lack of staff described to be factors that could default the conversations. The nurses experienced nonetheless that existential conversations were important and that it was a part of their work and the holistic philosophy.

Keywords: Existential conversations, literature review, nurse, palliative.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
2:1 PALLIATIV VÅRD	1
2:2 EXISTENTIELLA SAMTAL	2
2:3 SJKSKÖTERS KANS ROLL INOM PALLIATIV VÅRD	3
2:4 TEORETISK REFERENS RAM – HOLISTISK FILOSOFI	4
2:5 PROBLEMFÖRMULERING	5
2:7 SYFTE	5
2:8 CENTRALA BEGREPP	5
3 Metod	6
3:1 DESIGN	6
3:2 URVAL OCH DATAINSAMLING	6
3:3 VÄRDERING AV ARTIKLARNAS KVALITET	7
3:4 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	7
3:5 ANALYS OCH TOLKNING AV DATA	8
3:6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
4 Resultat	9
4:1 SJKSKÖTERSKOR KAN UPPLÉVA POSITIVA KÄNSLOR	10
4:2 SJKSKÖTERSKOR KAN UPPLÉVA NEGATIVA KÄNSLOR OCH OTILLRÄCKLIGHET	11
4:3 SJKSKÖTERSKORS STRÄVAN ATT UPPRÄTTHÅLLA EXISTENTIELL VÅRD	12
4:3:1 Hinder för upprätthållandet av existentiell vård	12
4:4 SJKSKÖTERSKORS KAN UPPLÉVA BRIST PÅ UTBILDNING OCH ERFARENHET	13
4:5 SJKSKÖTERSKOR KAN BEHÖVA BEARBETNING OCH ÅTERHÄMTNING	14
5 Diskussion	15
5:1 SAMMANFATTNING AV HUVUDRESULTAT	15
5:2 RESULTATDISKUSSION	15
5:2:1 Känslösamma samtal	15
5:2:2 Remittering till existentiell vård	18
5:2:3 Kunskap, bearbetning och återhämtning	20
5:2:4 Humor som redskap	23
5:3 METODDISKUSSION	23
5:4 ETIKDISKUSSION	25
5:5 KLINISKA IMPLIKATIONER	26
5:6 SLUTSATS	26
5:7 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	27
Referenser	28
Bilagor	
Bilaga 1 – Söktabell	
Bilaga 2 – Artikeltabell	
Bilaga 3 – Granskningsmall för kvalitativa studier	
Bilaga 4 – Granskningsmall för kvantitativa studier	
Bilaga 5 – Granskningsmall för mixade studier	

1 Inledning

I den palliativa vården är en förestående död ett faktum och då är det inte ovanligt att frågor av existentiell karaktär uppkommer. Att vårda en döende patient kan vara emotionellt krävande och det kan vara en utmaning att möta dessa frågor. Som blivande sjuksköterskor med intresse för palliativ vård och kommunikation i vården har författarna en förhoppning om att utövande av existentiella samtal och den palliativa vården ska vara så bra som möjligt för involverade parter, som patient, anhöriga och sjuksköterskor. Då intresset har funnits sedan länge, men väckts ännu mer under studietidens gång, är författarna angelägna om att få mer kunskap om vilka känslor som väcks hos sjuksköterskor som möter palliativa patienter med existentiella frågor.

2 Bakgrund

2:1 Palliativ vård

World Health Organization (2002) beskriver att palliativ vård handlar om att ge patienten stöd för att kunna vara så aktiv hen kan sista tiden. Den palliativa vården syftar även till att ge anhöriga stöd i sorgprocessen, att livet och döden bekräftas som en normal process och att man varken försöker förkorta eller förlänga livet för patienten. Detta bygger på ett förhållningssätt där man vill lindra lidande genom att upptäcka symtom och problem som medför lidande tidigt (a.a). Med detta vill man förbättra livskvaliteten för den döende och hens närstående, vilket är målet inom palliativ vård (World Health Organization, 2002; Strang, 2012).

För att en patient ska bedömas som palliativ hålls ett första brytpunktssamtal. Vid samtalet görs ett ställningstagande att övergå till palliativ vård om botande behandling inte längre har någon meningsfull verkan (Socialstyrelsen, 2013). Om en patients prognos visar att döden väntar bör hen få ett samtal i god tid för att bli underrättad om detta (Hjort, 2010). Det är medicinskt ansvarig läkare och sjuksköterska som håller i brytpunktssamtalet med patienten, och om anhöriga finns är de ofta med för att patient och anhöriga ska få samma information (Socialstyrelsen, 2013). Griggs (2010) beskriver att anhöriga ibland inte vill att patienten ska veta sin diagnos eller prognos.

Enligt Patientlagen har patienten rätt att veta sin aktuella sjukdomsbild (SFS, 2014:821).

Palliativ vård innefattar de fysiska, psykiska, sociala och de existentiella dimensionerna vilka alla kan påverka varandra. Fysiska symtom kan visa sig som smärta, psykiska besvär kan bidra oro eller ångest, sociala problem kan påverka relationer med anhöriga och existentiella funderingar kan exempelvis ta sig uttryck i dödsångest (Homsí et al., 2006; Kolva, Rosenfeld, Pessin, Breitbart, & Brescia, 2011; Strang, 2012). För att kunna lindra problem i någon av dimensionerna kan vården utgå från de fyra hörnstenarna symtomkontroll, teamarbete, närståendestöd och kommunikation (Strang, 2012).

Palliativa patienter vårdas vid olika vårdinstanser som allmänna och specialiserade palliativa enheter, i hemmet med hemsjukvård, på sjukhus och inom äldreomsorg (Ternstedt, Hénoch, Österlund & Andershed, 2017). Enligt Socialstyrelsen (2016) utgör patienter med cancer den största gruppen, men även patienter med diagnoser som exempelvis kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtsvikt och demens kan behöva palliativ vård.

2:2 Existentiella samtal

Existentiella frågor kan bli mer påtagliga när det blir uppenbart att döden väntar. Frågornas karaktär varierar hos olika patienter och har inga bestämda svar, men kretsar ofta kring meningen med livet och döden, livets begränsningar, frihet, tid och liknande grundläggande villkor för mänskligt liv (Bolund, 2013; Strang, 2013). Bailey, Moran och Graham (2009) beskriver i en studie att de andliga frågorna inte behöver ha med religion att göra; man kan vara andlig ändå. Torbjørnsen (2010) menar att det kan vara en del av patientens copingprocess (det vill säga hur patienten hanterar sin situation) att söka svar på existentiella frågor i livets slutskede. Historiskt sett har dessa frågor ofta hanterats av religiösa företrädare, men då religion inte är en lika central del hos människor idag är det ofta vårdpersonal som möter denna typ av frågor (Strang & Strang, 2012).

Wallerstedt och Andershed (2007) undersökte sjuksköterskors arbete med patienter i livets slut som vårdades på andra avdelningar än palliativa. Informanterna beskrev att arbetet med patienter i livets slutskede gjorde att yrket kändes betydelsefullt, belönande, utmanande, att de ville göra gott och att de kände ett stort ansvar i vårdandet av patienterna (a.a). Holland och Neimeyer (2005) beskrev att utbildning för sjuksköterskor i ämnet vård i livets slut med fokus på punkterna sorg, dödlig sjukdom och trauma upplevdes positivt av de deltagande.

2:3 Sjuksköterskans roll inom palliativ vård

Alla sjuksköterskor, oberoende av var de arbetar, ska arbeta efter en etisk kod och omvårdandens värdegrund. Delvis beskrivs att personalen ska ha patientens hälsa som främsta mål och att patienten har rätt till lämplig vård. För att sjuksköterskor ska kunna bidra till förbättring av patienters hälsa behöver hen ha praktiska färdigheter, vara teoretiskt kunnig och att hen arbetar för att få ett partnerskap med patienten. Det beskrivs att sjuksköterskor behöver ha mod för att bedriva god omvårdnad där patientens hälsa stärks och lidande lindras (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). För att bejaka dimensionerna inom palliativ vård behöver sjuksköterskan vara rustad med ett brett synsätt och rätt kunskap. Roller som relationsskapande, stödjande, kommunikativ, koordinerande och att kunna symtomlindra behövs. Att skapa en relation bygger förtroende och patienten väljer den hen känner förtroende för att prata med. Sjuksköterskan stödjer genom att vara närvarande, underlätta och uppmuntra, men behöver också veta när annan kompetens behövs då hens begränsningar nås (Friedrichsen, 2012).

En naturligt förekommande del av sjuksköterskans arbete inom den palliativa vården är att bemöta existentiella frågor hos patienter (Torbjørnsen, 2010). I en studie av Houtepen och Hendrikx (2003) ansåg tillfrågade sjuksköterskor inom palliativ vård att existentiella frågor var viktiga att ta hänsyn till, att det ingick i yrkesrollen och att det var en naturlig del i arbetet med människor. Bailey, Moran och Graham (2009) skriver om andlig vård och menar att man behöver inte alltid prata, det kan räcka att hålla någons hand, lyssna och visa att det är okej att släppa ut sina känslor. En förutsättning för att kunna identifiera palliativ patienters behov är utbildning och fortbildning, vilket bland annat bekräftades i en studie av Eriksson,

Wahlström Bergstedt och Melin-Johansson (2013) där man undersökte behovet av utbildning, stöd och reflektion hos vårdpersonal inom palliativ vård.

2:4 Teoretisk referensram – holistisk filosofi

Begreppet holism skapades på 1920-talet av Jan Smuts som var en sydafrikansk filosof och politiker. Termen kommer från grekiskans holos som betyder hel. Inom holism menas helheten vara primär och att delar snarare är aspekter av den övergripande helheten, snarare än komponenter som sätter den samman (Holism, 2005). Inom den holistiska filosofin reduceras inte vårdtagaren till en sjuk patient eller en skadad kropp utan patientens alla behov är centrala. Behoven som beskrivs hos patienterna görs gällande inom de fyra dimensionerna; fysiska, psykiska, sociala och existentiella (Strang & Strang, 2012).

Det holistiska hälsobegreppet är ett filosofiskt begrepp som understryker förmågan och möjligheten människan har att bedöma vad som är hälsa för hen. Kropp, själ, ande och hälsa är en enhet som utgör helheten av människans erfarenheter och värderingar. Hälsan är inte bara frånvaro av sjukdom utan snarare motsatsen till ohälsa. För att bidra till god hälsa för enskilda patienter kan man förebygga och motverka sjukdom, **lidande** och livet slut. Dock kan även främjandet av hälsa främjas genom att stärka patientens resurser samt förmågor, och belysa mening i händelser och upplevelser (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Katie Eriksson beskriver tre sorters lidande hos patienten: Sjukdomslidandet vilket relateras till sjukdom och behandling, vårdlidandet som upplevs i själva vårdsituationen som kränkning av patientens värdighet och livslidandet som är relaterat till det egna livet med tankar som att leva eller dö, ensamhet och enskildhet (Eriksson, 1994). Den holistiska filosofin involverar de fyra dimensionerna som tidigare nämnts, vilka alla påverkar varandra.

En studie av Strang, Strang och Ternestedth (2002) visade att sjuksköterskor vid ett antal palliativa vårdavdelningar ansåg att andlighet och existentiella frågor var en del av den holistiska vården och att sjuksköterskan bör uppmärksamma dessa. Rogers och Wattis (2015) pekar på vikten av att identifiera och uppmärksamma ett

eventuellt behov av andligt stöd hos patienter och betydelsen av att ha detta i åtanke när vården planeras (a.a). Holism beskrivs av sjuksköterskor i studier som viktigt i vården av palliativa patienter, där andlighet lyfts som en grundläggande aspekt för att patienterna ska få frid (Griggs, 2010; Bailey, Moran & Graham, 2009).

2:5 Problemformulering

Sjuksköterskors förmåga att kunna kommunicera med patienter som vårdas palliativt är av grundläggande betydelse för att kunna hantera problem inom de fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensionerna och därigenom bidra till så god livskvalitet som möjligt. Hur väl rustade sjuksköterskor är att möta eventuella förväntningar från patienter, anhöriga och kollegor gällande att vara ett stöd och hantera existentiella frågor i livet slut kan variera då faktorer som utbildning och erfarenhet kan spela in. Då sjuksköterskan har en central roll i den palliativa vården förutsätts ofta att hen ska fånga upp, lyssna på och samtala med patienten om dessa frågor. Detta kan vara en utmaning och sjuksköterskor kan uppleva sig sakna tillräckliga kunskaper för uppgiften eller känna oro för vad som kan komma upp till ytan under samtalet. En litteraturöversikt kan ge värdefull kunskap gällande sjuksköterskornas upplevelser av de existentiella samtalen. Det är av vikt att detta undersöks då patienter inom palliativ vård ofta har behov att söka svar på existentiella frågor i livets slut. Resultatet skulle kunna bidra till att ta reda på om upplevelserna beror på personliga egenskaper hos sjuksköterskor, om erfarenheter inom området spelar in och om det kan behövas extra resurser som stöd eller mer, alternativt förändrad, utbildning.

2:6 Syfte

Att beskriva hur sjuksköterskor upplever existentiella samtal med palliativa patienter.

2:7 Centrala begrepp

Nationalencyklopedins förklaring av *existentiell* är att det handlar om, eller är avgörande, för människans existens (Existentiell, u.å.a). Det kan handla om vad som händer i jordelivet och även efter döden (Existentiell, u.å.b). I föreliggande arbete används begreppet existentiellt i meningen andligt, spirituellt och existentiellt.

Författarna till denna litteraturöversikt har valt benämningen palliativa patienter omfattande patienter i både tidig och sen palliativ fas. Den tidiga fasen beskrivs av Socialstyrelsen (2013) ha syfte att övervaka lämpligheten av livsförlängande behandling hos patienten, vilket kan vara en lång fas. Den sena fasen är oftast kort och målet med vården är att lindra patientens lidande och bidra till högre livskvalitet för patient och anhöriga (a.a).

3 Metod

3:1 Design

En litteraturöversikt utarbetas enligt Friberg (2012) som beskriver designen som tillämplig för att delge aktuell kunskap inom ett omvårdnadsområde på ett överskådligt sätt. Detta genom att forskning som besvarar valt syfte samlas in och sammanställs.

3:2 Urval och datainsamling

Sökning av vetenskapliga artiklar har skett med för ämnet specifika sökord i databaserna CINAHL och PubMed. Det booleska begreppet som använts är AND. För att inkludera de valda sökordens böjningsformer tillämpades trunkering med asterisk (Bilaga 1). Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara peer review-granskade, finnas tillgängliga i fulltext, vara skrivna på engelska och vara etiskt godkända. Sökning av artiklar till resultatet begränsades till artiklar publicerade mellan åren 2009 och 2019 i syfte att presentera aktuell forskning. De artiklar som inkluderades i denna litteraturöversikt rör forskning i Europa, Australien och Amerika. I-länder från dessa kontinenter valdes, då en blandning av I- och U-länder skulle kunna resultera i ett för omfattande resultat för denna litteraturöversikt då dess storlek enligt lärosätets riktlinjer inte bör överstiga 10 000 ord. Förutom sökningar i nämnda databaser utfördes en sekundärsökning av vars resultat en (1) artikel användes i resultatet.

Artiklar som exkluderades var artiklar som av författarna ansågs sakna tillräcklig relevans för att kunna besvara litteraturöversiktens syfte, som höll låg kvalitet eller innefattade vård av patienter yngre än 18 år. Sökord som användes var *conversation**, *death*, *dying*, *end-of-life*, *existential*, *existential questions*, *nurs**,

nurse, nurse experience, nurses, palliative, spiritual och *spiritual questions*. Sökorden redovisas även i en söktabell (Bilaga 1). För att hitta fler passande söktermer till vårt syfte användes Svenska MeSH.

3:3 Värdering av artiklarnas kvalitet

I kvalitetsanalysen användes Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) och Forsberg och Wengströms (2008) granskningsmallar för kvalitetsbedömning av kvalitativa respektive kvantitativa studier (Bilaga 3 och 4) samt en modifierad version Polit och Beck (2012), Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008) för kvalitetsbedömning av mixade studier. Resultatet av kvalitetsbedömningen redovisas i procent där det för kvalitativa studier krävs minst 80 procent, motsvarande 20 av 25 poäng för hög kvalitet, och minst 60 procent, motsvarande 15 poäng för medelhög kvalitet. För kvantitativa studier krävs minst 80 procent, motsvarande 23 av 29 poäng för hög kvalitet, och 60 procent, motsvarande 17 poäng för medelhög kvalitet. För mixade studier krävs minst 80 procent, motsvarande 24 av 30 poäng för hög kvalitet, och 60 procent, motsvarande 18 poäng för medelhög kvalitet.

3:4 Tillvägagångssätt

De studier som verkade relevanta för att kunna besvara syftet och frågeställningarna lästes enskilt av författarna gällande rubriker och abstract. Där abstract innehöll fakta som besvarade syftet lästes hela artikeln av båda författarna. Detta skedde genom att författaren som hittat artikeln laddade upp den i en webbaserad mapp så båda författarna fick tillgång till den. Artiklarnas kvalitet och relevans bedömdes av båda författarna via Adobe Connect. Sammanfattning av artiklarna har utgjort grunden för resultatet som redovisas i bilaga 2.

Då författarna bor på geografiskt skilda platser i Sverige skapades en gemensam webbaserad mapp i Onedrive med redigeringsbara dokument, för att kunna dela fakta och kunna följa varandras skrivandeprocess. Dagliga uppdateringar mellan författarna skedde med hjälp av en applikation för sociala medier. Under den dagliga kontakten diskuterades frågor som uppkommit, det bestämdes vad som skulle göras

nästkommande dag och vem som skulle göra vad. En gång i veckan gjordes avstämningar via Adobe Connect med bild och ljud.

3:5 Analys och tolkning av data

De valda artiklarna valdes ut utifrån litteraturöversiktens syfte och frågeställningar. Artiklar lästes enskilt för en första utvärdering gällande innehållets värde och delades sedan med den andra författaren för påföljande diskussion av innehållet. Friberg (2012) föreslår att artiklarna ska läsas flertalet gånger för att förstå sammanhang och innehåll, vilket således har följts (a.a.). Likheter och skillnader i artiklarna har analyserats och sammanställts. Trots studiernas olika metoder presenteras deras resultat tillsammans under gemensamma rubriker. Fokus har lagts på värdering av studiernas totala kvalitet i form av struktur, metod, relevans, aktualitet och presentation av resultat.

3:6 Etiska överväganden

Samtliga studier som ingår i litteraturöversikten har redovisat godkännande av etisk kommitté. Författarna har kritiskt granskat artiklarna och övervägt om det valda materialet kan anses relevant och trovärdigt (Bilaga 2). Det ingår i Vetenskapsrådets (2002) principer och regler för god medicinsk forskning om att fusk, plagiat och ohederlighet aldrig får förekomma, tillika att noggranna etiska överväganden görs i samband med forskning och att forskningen godkänts av en etisk kommitté. Författarna har därför varit angelägna att referera till berörda författare i sin litteraturöversikt och att studierna som använts godkänts av en etisk kommitté. Enligt Helsingforsdeklarationens (2018) grundprinciper får omsorgen om den enskilda individen inte åsidosättas för att framhäva vetenskapliga intressen. Det är författarnas uppfattning att ett beaktande av de forskningsetiska principerna är av största vikt i forskning som innefattar individer i utsatta situationer som exempelvis patienter i palliativ vård. Det har varit författarnas strävan att återge samtliga studiers resultat utan att förvränga dessa. Då majoriteten av litteraturen var engelskspråkig användes engelsk-svenskt lexikon (Norstedts, 2004) som stöd i översättningen.

4 Resultat

De 16 artiklar vars studier ligger till grund för resultatet, och svarar på syftet hur sjuksköterskor upplever existentiella samtal med palliativa patienter, var utförda i Sverige (n=7), Norge (n=2), Storbritannien (n=1), Irland (n=1), Spanien (n=1), Australien (n=1), Kanada (n=2) och USA (n=1). 13 artiklar var av kvalitativ ansats, två av kvantitativ och en artikel var av mixad metod. Resultatet redovisas i fem teman: *Sjuksköterskors upplevda positiva känslor, sjuksköterskors upplevda negativa känslor och otillräcklighet, sjuksköterskors strävan att upprätthålla existentiell vård, sjuksköterskors upplevda brist på utbildning och erfarenhet samt sjuksköterskors behov av bearbetning och återhämtning.*

De främsta fynden var att sjuksköterskorna i flera studier beskrev sitt yrke som betydelsefullt och att de kände sig privilegierade som fick vara den som patienten anförtrodde sina inre tankar för (Johansson & Lindahl, 2010; Strang, Henoch, Danielsson, Browall & Melin-Johansson, 2013; Vachon, Fillion & Achille, 2012). Detta kunde dock vara mycket påfrestande känslomässigt (Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli, 2015; Strang et al., 2013). Med tanke på dessa tunga samtal beskrevs ett behov hos sjuksköterskorna att få möjlighet till återhämtning genom avkopplande aktiviteter på fritiden (Andersson, Salickiene och Rosengren, 2015; Sansó et al., 2015; Pennbrant, Tomaszewska & Lorentzon Penttilä, 2015; Vachon et al., 2012). Samtal med kollegor var också högt uppskattat för att frigöra känslor (Johansson & Lindahl, 2010; Pennbrant et al., 2015; Andersson et al., 2015; Strang et al., 2013; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli, 2014). Sjuksköterskorna beskrev också att det krävdes mod till att våga vistas i patientens personliga sfär och lyssna på hens innersta tankar (Browall, Henoch, Melin-Johansson, Strang & Danielsson, 2014; Tornøe et al., 2014; Minton, Isaacson, Varilek & Stadick, 2017). Flera studier visade att sjuksköterskor upplevde att det var svårt att samtala om existentiella områden (Tornøe et al., 2015; O'Brien, Kinloch, Groves & Jack, 2018; McIlpatrick et al., 2017). Utbildning har visat sig ha god effekt för sjuksköterskornas samtalsförmåga om existentiella frågor (Henoch, Danielsson, Strang, Browall & Melin-Johansson, 2014; O'Brien et al., 2018). Samtalen med patienter i palliativ vård behövde få ta tid men det vittnades

ofta om tid som en bristvara inom vården (Tornøe et al., 2015; Bone, Swinton, Hoad, Toledo & Cook, 2018; McIlpatrick et al., 2017).

4:1 Sjuksköterskors upplevda positiva känslor

Sjuksköterskors åtagande att finnas där för patienter i livets slut som brottades med andlig oro betraktades inte som en börda utan som något ärofyllt. Det fanns en vilja hos sjuksköterskorna att ha djupa meningsfulla samtal med patienterna, att möta deras tankar och ångest och att bekräfta att de hade levt ett gott liv. Att vara med patienten utan att döma och istället stötta i stundens lidande var viktigare än att åtgärda de uttryckta känslorna (Minton et al., 2017). Studiens resultat visade att sjuksköterskorna framhöll att det krävdes att de verkligen vågade lyssna på vad patienten uttryckte och att de ställde enkla men djupgående frågor för att kunna göra en bedömning av andliga behov (a.a).

Omvårdnadsrollen som sjuksköterska att delta i existentiella samtal med patienterna gjorde att de kände sig privilegierade och det bidrog till att finna mening i sina egna liv (Johansson & Lindahl, 2010; Strang et al., 2013; Vachon et al., 2012). Att vara den som patienten litade på och som fick ta del av patientens svåraste tankar och livshistoria gjorde att några av de sjuksköterskor som arbetade i palliativ vård kände sig privilegierade, behövda, speciella och djupt berörda (Browall et al., 2014; Strang et al., 2013; Tornøe et al., 2015; Vachon et al., 2012). Meningsfullhet upplevdes också när förtroendefulla relationer lyckades byggas upp, när sjuksköterskorna kunde lindra lidande och när familjer blev hjälpta att släppa eventuella konflikter och acceptera den kommande döden (Tornøe et al., 2014).

4:2 Sjuksköterskors upplevda negativa känslor och otillräcklighet

Svåra samtal kunde också vara emotionellt dränerande och det kunde upplevas som en tung börda att vara den som patienten öppnade upp sig för (Strang et al., 2013; Tornøe et al., 2015). Känslor av hjälplöshet, maktlöshet, frustration och sjuklig trötthet (fatigue) beskrevs kunna drabba vissa sjuksköterskor i vårdande möten då patienter upplevde lidande (Browall et al., 2014; Pennbrant et al.,

2015; Vachon et al, 2012). Tillfällen då patientens lidande inte lyckades lindras kunde medföra skuld känslor och rädsla hos sjuksköterskorna, eftersom de kände sig ansvariga för att lindra (Karlsson, Kasén & Wärnå-Furu., 2017; Vachon et al., 2012). Sjuksköterskorna beskrev en känsla av otillräcklighet både på det personliga och professionella planet i studien av Tornøe et al. (2014). Även O'Brien et al. (2018) visar i sin studie att sjuksköterskor beskrev otillräcklighet, delvis på grund av att de inte hade svar på alla frågor. Det fanns också sjuksköterskor som gav uttryck för tvivel gällande sin kompetens och denna osäkerhet kunde göra att förtroendet vacklade och påverkade sjuksköterskans förutsättningar att ge omvårdnad som gav önskad effekt (Karlsson et al., 2017).

Några sjuksköterskor upplevde det tyngre att hantera lidandet än att hantera döden. Andra sjuksköterskor som arbetade inom palliativ vård såg lidandet som något ofrånkomligt och som en naturlig del av omvårdnaden. Dessa sjuksköterskor uppskattade även "äktheten" i stunden och den delade upplevelsen med patienten (Vachon et al., 2012). Särskilt tunga upplevelser var då sjuksköterskor kunde identifiera sig med patienten, när det var unga patienter med ångest och när det fanns barn med i bilden vars föräldrar var döende. Då känslorna ville ta övertaget fick sjuksköterskan försöka hålla tillbaka dem för att inte bli överväldigad (Strang et al., 2013). Dessa upplevelser kunde finnas kvar djupt hos sjuksköterskorna som mindes patienterna med sorg en lång tid efter de hade gått bort (Browall et al., 2014).

Tornøe et al. (2014) beskrev att sjuksköterskorna behövde vara öppensinnade och alerta då existentiella samtal kunde vara oförutsägbara och komplexa. Att finnas där för patienten i hans personliga sfär, att se och att höra patienten krävde mod hos sjuksköterskorna (Browall et al, 2014; Minton et al., 2017; Tornøe et al., 2014).

4:3 Sjuksköterskors strävan att upprätthålla existentiell vård

De flesta sjuksköterskor ansåg att deras jobb innefattade att öppna upp för samtal. Att inte överge patienten under samtalet och att fokusera på patienten ansågs som viktigt (Strang et al., 2013). Trots att sjuksköterskor kunde ha olika känslor kring existentiella och andliga frågor upplevdes de viktiga att ta upp med patienten (Tornøe et al., 2015). För att kunna samtala kring ämnet behövde de ha skapat tillit

och visat tillgänglighet och flexibilitet. Genuin närvaro var av yttersta vikt vid existentiella samtal (Browall et al., 2014; Strang et al., 2013; Tornøe et al., 2014). För att kunna vara närvarande i en patients sista tid i livet vittnades det om att en viss känslomässig mognad krävdes vilket ansågs komma i takt med yrkeserfarenheten (Pennbrant et al., 2015). När tillfällena kom då tröst inte räckte till eller när kunskaper saknades kunde de remittera till annan profession i vårdteamet (Strang et al., 2013). En intervjustudie visade att vissa sjuksköterskor kände sig obekväma med att hantera döende patienters andliga behov och kunde då föredra att involvera en religiös företrädare. Sjuksköterskorna upplevde att stödet från den religiösa företrädaren kompletterade den egna omvårdnaden av patienten (Bone et al., 2018).

4:3.1 Upplevda hinder för upprätthållande av existentiell vård

Sjuksköterskor beskrev i flertalet studier att de upplevde brist på tid för att samtala med patienterna (Bone et al., 2018; Karlsson et al., 2017; McIlpatrick et al., 2017; Tornøe et al., 2015). Med tanke på detta hann inte sjuksköterskorna ta hand om patienten inom de områden de ville, utan remitterade samtal till personal i vårdteamet som enbart arbetade med andlig vård (Bone et al., 2018). Sjuksköterskor som arbetade inom kommunal omsorg beskrev att de kände sig rädda inför att börja prata om existentiella frågor med patienter. Detta mot bakgrund av att de ansåg att det tog tid att hantera en patients funderingar och tankar och att det inte bara gick att släppa (McIlpatrick et al., 2017). Andra faktorer som gjorde att sjuksköterskor tvekade inför existentiella och andliga samtal var otillräckliga personalresurser och att det fanns en risk att bli avbrutna. Dessa faktorer kunde dock ibland användas som ursäkt för att undvika utmaningen att prata med patienten om dessa frågor (Tornøe et al., 2015).

Sjuksköterskor som beskrev sig som ”inte särskilt religiösa” och som upplevde att religion var något privat kände sig osäkra kring hur de kunde samtala kring ämnet (O’Brien et al., 2018; Tornøe et al., 2015). Ordlös kommunikation och kroppsspråk kunde upplevas svårt att hantera (Strang et al., 2013) liksom lång tystnad under samtal med patienter (O’Brien et al., 2018). Osäkerhet och rädsla inför att samtala om döden kunde resultera i att sjuksköterskorna försökte undvika ämnet helt med

patienten. Att undvika de existentiella samtalen kunde också bero på sjuksköterskornas egen rädsla inför att konfronteras med döden och den existentiella ångest som kunde uppstå (Pennbrant et al., 2015).

4:4 Sjuksköterskors upplevda brist på utbildning och erfarenhet

Andersson, et al. (2015) beskrev att sjuksköterskor påverkades känslomässigt och kände sig oförberedda på att möta döende patienter på grund av bristande kunskaper och erfarenheter inom palliativ vård. Detta ledde ofta till en frustration som fick en negativ inverkan på vårdkvaliteten. Mötet med döende patienter och dess anhöriga beskrevs av respondenterna som utmanande, men viktiga för utvecklingen av självkänedom och erfarenhet. Resultatet i studien av Hensch et al. (2013) visade att specifik utbildning och övning i existentiella samtal med patienter som var döende i cancer stärkte de sjuksköterskor som annars kunde känna sig otillräckliga. Syftet var att undersöka om intervention bestående av utbildning med reflektion gjorde att vårdpersonal skulle känna sig säkrare i att bemöta patienter i livets slutskede. O'Brien et al. (2018) visade att utbildning i att definiera andliga behov och vad de kan innefatta och att stötta patienter i samband med existentiella funderingar stärkte vårdpersonalens förmåga att hantera existentiella samtal.

En studie av Croxon och Deravin (2017) visade att nyexaminerade sjuksköterskor kände sig osäkra och inte redo att samtala om döden. Vissa beskrev det skrämmande och att de var ute på djupt vatten i relation till deras brist på erfarenhet. Olika reaktioner som uppstod vid kontakt med döden berodde på sjuksköterskornas tidigare livserfarenheter. Sjuksköterskorna önskade att de fått lära sig hantera svåra samtal innan de tagit examen. Förmågan att hantera stress var också något deltagarna kände behov av att lära sig (a.a).

4:5 Sjuksköterskors behov av bearbetning och återhämtning

En studie av Pennbrant et al. (2015) visade att sjuksköterskor inom palliativ vård kunde ha svårt att hantera känslomässig stress och att separera jobb och privatliv, i synnerhet då de befann sig i början av sin sjuksköterskekarriär. Fritidssysselsättningar kunde vara till hjälp i att bearbeta upplevelser på jobbet. Ett tillstånd av mindfulness beskrevs av många sjuksköterskor vara till hjälp i

hanterandet av stressiga händelser under arbetspasset (a.a). Mindfulness är en mental aktivitet som översätts till ”medveten närvaro”. Aktiviteten syftar till att stärka det inre jaget och att minska stress (Mindfulnessmeditation, u.å.). Att återhämta sig kunde bland annat göras genom att försöka komma i kontakt med sitt inre jag varje dag. En sjuksköterska beskrev att hens återhämtningsstrategi var att vistas i naturen och lyssna på fåglar och på tystnaden (Pennbrant et al., 2015).

Sansó et al. (2015) beskrev att egenvård och självmedvetenhet hos vårdpersonalen verkade vara av betydelse i hanteringen av de känslor som uppstod i vården av döende patienter. Möjligheten att ägna sig åt aktiviteter som fick respondenterna att koppla av, att få tid för sig själv och att odla goda relationer med andra människor vid sidan av arbetet innebar ett ökat välbefinnande och en minskad risk för Compassion Fatigue (”empatitrötthet”). Frågan om att hantera känslomässig stress var central i sjuksköterskornas berättelser. Att vårda döende patienter var känslomässigt påfrestande. Ett behov av regelbunden reflektion såväl i grupp som med enskilda kollegor var ovärderligt för att få bekräfta och hantera sina tankar (a.a.). Även Tornøe et al. (2014) visade att sjuksköterskor la stor vikt vid betydelsen av debriefing och stöd från kollegor för att kunna klara av de känslomässiga utmaningar som jobbet kunde innebära.

En kvalitativ studie av Johansson och Lindahl (2010) beskrev att när patienter som vårdades palliativt upplevde att deras behov var uppfyllda kände också sjuksköterskorna sig nöjda. När sjuksköterskorna kunde se sig själva som delaktiga i patientens situation blev deras egna existentiella frågor tydligare. Patientens fysiska och existentiella behov kunde få sjuksköterskan att känna sig osäker på ett professionellt plan. Det fanns ett behov av att få dela känslor och erfarenheter med sina kollegor, att reflektera med varandra var ett ovärderligt stöd.

5 Diskussion

5:1 Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med litteraturoversikten var att sammanställa sjuksköterskors upplevelser av existentiella samtal med patienter i palliativ vård. Huvudresultatet visar att sjuksköterskorna kände sig privilegierade i sin yrkesroll i den palliativa vården, men

att arbetet också kunde upplevas emotionellt påfrestande. Utbildning och yrkeserfarenhet lyftes i flera studier som förutsättningar för att som sjuksköterska kunna hantera samtal av existentiell karaktär. Tid till diskussion och reflektion med kollegorna var viktigt för att hantera egna känslor och intryck man fått i samtalen. Det vittnades också om möjlighet till återhämtning på fritiden som en förutsättning för att bearbeta sina upplevelser i mötet med patienterna inom palliativ vård.

5:2 Resultatdiskussion

5:2:1 Känslosamma samtal

Litteraturöversiktens resultat visar att sjuksköterskor kan känna sig privilegierade när patienten vill dela med sig av sina känslor, tankar och sin historia (Browall et al., 2014; Strang et al., 2013; Tornøe et al., 2015). Detta överensstämmer med studien av Wallerstedt och Andershed (2007) där arbetet med patienter i palliativ vård beskrevs som något betydelsefullt och utmanande. Parallellt vittnar sjuksköterskor om att vården av patienter i livets slut och hanterandet av existentiella frågor kan vara emotionellt krävande (Ekedahl & Wengström, 2007; Houtepen & Hendriks, 2003). Sjuksköterskor vittnade om att de kunde uppleva en rädsla för att dö och även få cancer. Detta beskrevs som en reaktion av att ha sett de patienter som vårdats ha ångest och lidit (Udo, Melin-Johansson, Henoch, Axelsson & Danielsson, 2014).

Att sjuksköterskor upplever att arbetet med döende patienter kan vara utvecklande och stimulerande samtidigt som det kan vara känslösamt utmanande påvisades också i en kvalitativ studie av Ingebretsen och Sagbakken (2016). I studien intervjuades tio sjuksköterskor vid två hospice där samtliga sjuksköterskor vittnade om att de påverkades emotionellt av att möta döende patienter; några av sjuksköterskorna upplevde balansen mellan den professionella rollen och den privata som svår då det kunde vara svårt att hålla tillbaka sina känslor i möten och samtal med patienterna – i synnerhet med de patienter som sjuksköterskorna på ett eller annat sätt kunde identifiera sig med. Uppsatsförfattarna skönjer mot bakgrund av litteraturöversiktens resultat och tidigare forskning ett genomgående existentiellt tema i den palliativa vården där man som sjuksköterska både ger mycket av sig själv

och i vissa fall upplever tillstånd av känslomässig dränering samtidigt berikas både själsligt och erfarenhetsmässigt av möten med patienter i palliativ vård.

Sjuksköterskorna i studierna av Karlsson et al. (2017) och Vachon et al. (2012) strävade efter att lindra kroppsligt och själsligt lidande. World Health Organization (WHO) beskriver att palliativ vård bygger på ett holistiskt förhållningssätt där man genom att upptäcka problem och symtom lindrar lidande (a.a.). Förhållningssättet holistisk vård tillgodoser patientens lidande i fyra dimensioner; fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt (Strang & Strang, 2012). Tornøe et al. (2015) pekade på att sjuksköterskor ansåg existentiella frågor som viktiga. Liknande kunde påvisas i studier av Bailey et al. (2009) och Griggs et al. (2010) där sjuksköterskor uttryckte att den holistiska vården var viktig och att andlig vård var en grundläggande del av den holistiska vården. Bone et al. (2018) visade att sjuksköterskor önskade vara delaktiga och vårda patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Dock försvårades utförandet av holistisk vård för sjuksköterskor då tidsbrist påverkade möjligheten att hantera patienternas existentiella frågor (Bone et al., 2018; Karlsson et al., 2017; McIlpatrick et al., 2017; Tornøe et al., 2015). Detta bekräftas även av Udo et al. (2014). Tidsbristen påverkas dessutom av bristen på personal vilket medför en ogynnsam verkan på samtalen. Även risken att bli avbrutna i ett samtal medförde en negativ påverkan (Tornøe et al. (2015). Browall et al. (2014) och McIlpatrick et al. (2017) menade samtidigt att samtalen behövde få ta tid.

Uppsatsförfattarnas uppfattning utifrån studiernas resultat är att många sjuksköterskor tycks sträva efter att uppnå ett holistiskt förhållningssätt i vården av patienter i livets slut genom att själva initiera eller på patientens initiativ föra samtal av existentiell och känslomässig karaktär. Vi skönjer också ett etiskt dilemma hos sjuksköterskor som har många faktorer emot sig och samtidigt strävar efter att upprätthålla en holistisk vård. Resultatet av tidsbrist inom vården var väntat, tillika att samtalen med patienter i livets slut krävde tid; uppsatsförfattarna har själva liknande erfarenheter från arbete i vården.

Sjuksköterskor upplevde att det ingick i deras jobb att hantera existentiella samtal (McIlfatrick et al., 2017; Strang et al., 2013). Detta bekräftades av Strang et al. (2002) då sjuksköterskorna upplevde att de andliga och existentiella frågorna borde uppmärksammas av sjuksköterskor. Trots detta kände nästan hälften av sjuksköterskorna att det sällan utfördes andlig vård på deras arbetsplats (a.a). En enkätstudie av Mamier et al. (2019) där de undersökte hur ofta sjuksköterskor gav andlig vård gav svaren i spannet *aldrig till väldigt ofta*. Frekvensen varierade mellan olika arbetsplatser och det fanns många olika sätt man kunde utföra den på. Sju av 554 deltagande sjuksköterskor gav aldrig andlig vård i någon form och medeltalet var en till två andliga vårdhandlingar inom 80 timmar. Mamier et al. (2019) beskrev vidare att sjuksköterskor utförde behandling av andlig karaktär genom att de stannade kvar efter att en uppgift var utförd för att visa att de brydde sig, att de bedömde andliga övertygelser patienten hade gällande hälsa och att de lyssnade på patientens andliga bekymmer och deras berättelser om sjukdom. Det som utövades minst var att erbjuda att läsa ur helig skrift, att erbjuda kontakt med en andlig företrädare, att dokumentera utförd vård relaterat till patientens andliga behov och att uppmuntra patient att berätta kring svårigheterna att leva med en sjukdom (a.a).

Uppsatsförfattarnas reflektion är att andlig vård kan innefatta handlingar som inte direkt relaterar till begreppet; då det kan falla sig naturligt för en person att agera på ett visst sätt i en vårdsituation och att personliga egenskaper hos sjuksköterskan kan bidra till att andlig vård ges i form av det vardagliga samtalet i vårdsituationen. Halldorsdottir (2007) beskriver att det verkar finnas människor som förefaller mer sociala än andra. De beskrivs med egenskaper som att trivas med att hjälpa andra, att de njuter av att arbeta med människor, att de har medkänsla, är lugna och har ett sinne för humor. Författarna till litteraturöversikten tänker att sådana egenskaper skulle kunna vara till gagn i etablerandet en god relation mellan sjuksköterskan och patienten. Keall et al. (2014) ser en sådan relation som en grund för att patienten ska vilja samtala med sjuksköterskan om sina inre tankar. Vi valde att inte vidare undersöka vilka faktorer som specifikt kan påverka så kallad social kompetens hos sjuksköterskor då det upplevdes som ett alltför stort ämne för att rymmas inom ramen för denna litteraturöversikt.

Minton et al. (2017) menar att stöttandet av patienten är viktigare än att försöka ”åtgärda” patientens känslor eller det som kan ha orsakat dem (a.a). Att samtala är dock inte alltid nödvändigt för att lindra en patients lidande; att hålla hand, lyssna och finnas där när patienten visar sina känslor kan räcka, beskriver Bailey et al. (2009). Däremot visade studien av O’Brien et al. (2018) att sjuksköterskor kunde uppleva det obekvämt att vistas med patienter i tystnad. På samma sätt vittnade Strang et al. (2013) om att den ordlösa kommunikationen kunde vara svår då sjuksköterskans kroppsspråk avslöjade om hen hade tid och tålamod att stanna och även om hen klarade hantera situationen (a.a). Att ta sig tid att stanna hos och lyssna på patienten beskrevs av Browall et al. (2014) som viktigt.

5:2:2 Remittering till existentiell vård

Trots sjuksköterskors känsla av att de borde hantera existentiella samtal visar Bone et al. (2018) att sjuksköterskorna i första hand hänvisade till en religiös företrädare. Detta förklarades bero på tidsbrist, brist på personal och en svårighet att identifiera och hantera behov av andlig vård. I beaktande bör tas att studien av Bone et al. (2018) utfördes på ett så kallat ”faith-based hospital” där verksamheten vilade på romersk-katolsk grund. På sjukhuset fanns ett dygnet runt-öppet kapell designat för intensivvård med präster och man arbetade utifrån ett samarbetsprogram för vård i livets slut. Uppsatsförfattarnas reflektion är att dessa parametrar kan ha bidragit till att sjuksköterskorna på grund av den själavårdande enhetens tillgänglighet föredrog att hänvisa patienterna dit framför att själva ta sig an patienternas existentiella frågor. Detta också för att försäkra sig om att patienten erhöll en holistisk vård (a.a.). Strang et al. (2013) beskrev i sin studie att sjuksköterskorna remitterade till annan personal i vårdteamet, till exempel en andlig företrädare, när de inte klarade att lindra en patients lidande. Keall et al. (2014) visar liknande resultat där sjuksköterskorna inte upplevde något problem med att remittera till annan profession när deras kunskap inte räckte till. Detta går hand i hand med Friedrichsens (2012) beskrivning om att sjuksköterskor behöver veta sina begränsningar och vid behov ta in personal med annan kompetens (a.a.). Att som sjuksköterska vara medveten om sina specifika uppgifter och när det kan finnas behov av att konsultera och engagera andra yrkesgruppers funktioner ingår i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (SSF, 2014, s. 12).

Uppsatsförfattarnas uppfattning är att en tydlighet kring vilka arbetsuppgifter som ingår i sjuksköterskeprofessionen är eftersträvansvärd, men ser samtidigt en svårighet i att definiera gränsen mellan sjuksköterskans kunskapsområde och när andra professioner behöver inkluderas. Vi diskuterade under arbetet med denna litteraturöversikt möjligheten att sjuksköterskans personliga egenskaper och erfarenheter kan påverka uppfattningen om när det kan vara aktuellt att remittera till annan profession. Friedrichsen (2012) beskriver att sjuksköterskan måste ha ett brett synsätt och rätt kunskaper. För att arbeta som sjuksköterska inom vården behöver hen besitta många kunskaper inom många områden (a.a.) men att alla sjuksköterskor skulle besitta samtliga inom yrket förekommande kunskapsområden skulle författarna till denna litteraturöversikt vilja beteckna som i det närmaste omöjligt.

Sjuksköterskor beskrev känslor av skuld och rädsla när de inte lyckats lindra en patients lidande visade litteraturöversiktens resultat (Karlsson, et al., 2017; Vachon et al., 2012). Keall et al. (2014) menar att patienter som blir remitterade till den palliativa vården för sent kanske inte hinner bli psykologiskt redo för att dö innan de försämras eller avlider. Situationer som dessa beskrivs plåga såväl patienten och hans anhöriga såväl som sjuksköterskor. Vikten av att utföra brytpunktssamtal i god tid belystes - inte minst för patienten och anhörigas skull, men även för sjuksköterskorna och deras möjlighet att kunna ge en heltäckande vård som är anpassad för patientens situation (a.a.).

Författarna till litteraturöversikten ser ett samband mellan sjuksköterskors upplevda obekvämlighet, känslor av brist på kunskap om existentiella samtal och pressen att det finns andra arbetsuppgifter, ofta av praktisk karaktär, som också måste utföras. Browall et al (2014), Minton et al. (2017) och Tornøe et al. (2014) beskrev att sjuksköterskor behöver ha mod för att vara i patientens sfär och att lyssna till hens tankar gällande liv, död och allt runt omkring. Svensk sjuksköterskeförening (2016) bekräftar att mod krävs hos sjuksköterskor för att patienter ska kunna erhålla god omvårdnad av dem. I relation med detta kan patientens lidande lindras och patienten kan få stärkt hälsa (a.a.). Uppsatsförfattarna uppfattar vikten av detta som stor då detta med största sannolikhet bidrar till en bättre relation mellan patient och

sjuksköterska, och eftersom förbättrad hälsa hos patienten beskrivs som ett av de främsta målen av Svensk Sjuksköterskeförening (2016). Litteraturoversiktens resultat visar att sjuksköterskor i vissa sammanhang premierar praktiska sysslor av oro för att hamna i känslolösa samtal med patienten. Denna oro kan, tolkar litteraturoversiktens författare utifrån resultatet, delvis bota i kunskapsbrist och känslor av otillräcklighet hos sjuksköterskor som möter patienter i palliativ vård.

5:2:3 Kunskap, bearbetning och återhämtning

Resultaten i föreliggande litteraturoversikt vittnar om ett behov hos sjuksköterskor att bearbeta upplevelser i samband med existentiella samtal under arbetstid såväl som på fritiden. Då sjuksköterskan i mångt och mycket använder sig själv som verktyg i det dagliga arbetet uppstår behovet av rekreation för att kunna upprätthålla en god vård (Sansó et al., 2015). Detta behov bekräftas av sjuksköterskor i studien av Ueland och Ramvie (2018) där aktiviteter med goda vänner exemplifieras som en energikälla. Sansó et al. (2015) och Tornøe et al. (2014) belyste sjuksköterskornas behov av att diskutera sina upplevelser av det dagliga arbetet med kollegor. Udo et al. (2014) visade på liknande resultat när man testade en utbildningsintervention i existentiella ämnen och dess verkan i det dagliga arbetet hos sjuksköterskor på en kirurgavdelning; reflektion med kollegor och en guidande ledare fick sjuksköterskorna att känna lättnad och gav dem ett ökat självförtroende.

Existentiella tankar kunde uppstå hos sjuksköterskorna, men fokus lades sällan på deras egna känslor och dessa tankar, påvisade Ueland och Ramvie (2018). Peterson et al. (2010) lyfter risken för sjuksköterskor att bli utbrända om de inte hanterar sina känslor. Lindblom, Bäck-Pettersson och Berggren (2012) beskrev att ett sätt att få reflektera och få feedback var att registrera patienter i svenska palliativregistret, som är ett kvalitetsregister för utvärdering av hur vården av en patients sista tid i livet varit. Sjuksköterskorna kunde därigenom se om de hade gett en god vård och vad som kunde förbättras (a.a.).

Sjuksköterskans ansvar att sköta den egna hälsan så att förmågan att ge vård inte äventyras beskrivs i Council of Nurses (ICN) etiska kod (Svensk

sjuksköterskeförening, 2014, s. 5). Den egna hälsan innefattar sjuksköterskans *fysiska, psykiska, sociala och andliga välbefinnande* (SSF, 2014, s. 13). Litteraturöversiktens författare reflekterar kring att sjuksköterskan även behöver se till sina *egna* behov på ett holistiskt sätt för att upprätthålla god hälsa. Vikten av att som sjuksköterska ta hand om sig – och fördelarna med att göra detta på ett holistiskt sätt – bekräftas i en artikel av Balzer Riley (2003) där teorin är att förutsättningen för att kunna ge holistisk vård är att ha en holistisk syn på sin egna hälsa.

Litteraturöversiktens resultat pekar på att sjuksköterskors egna mående kan påverka vårdkvaliteten och att möjligheten till reflektion och återhämtning hos sjuksköterskorna kan bidra till att en holistisk vård lättare kan upprätthållas. Författarna ser mot bakgrund av resultaten vinster på flera plan i att sjuksköterskor ges förutsättningar att sköta den egna hälsan genom att riskerna för utbrändhet och sjukskrivningar kan minskas. Det i sin tur skulle kunna innebära mindre kostnader för samhället och en möjlig reducering av den på många håll rådande sjuksköterskebristen.

Henoch et al. (2013) visade att specifik utbildning och samtalsövningar skänkte mer säkerhet i de existentiella samtalen. Utbildning i att kommunicera och hantera existentiella frågor visade sig även ha positiv effekt i en studie av Holland och Neimeyer (2005). Trots detta visade Mamier, Johnson Taylor och Wehtje Winslow (2019) att utbildning inte ökade frekvensen utförda vårdhandlingar med fokus på patientens andliga behov. Dessa vårdhandlingar kunde till exempel bestå av att lyssna på patientens berättelse, att se till att patienten gavs tid och utrymme att utöva sina andliga och religiösa behov eller att förmedla kontakten till religiösa företrädare. För att optimera den andliga vården behövs praktisk träning, utbildning som innehåller dokumentation av andlig vård och att man arbetar i multidisciplinärt team (a.a.). Att man pekar på dokumentation som en betydande faktor anser litteraturöversiktens författare bekräfta vikten av densamma då just dokumentation är ett av de tre nyckelbegreppen i personcentrerad vård; *partnerskap*, *patientberättelse* och *dokumentation* (gpcc.gu.se, 2018). Att dokumentera andliga och existentiella samtal med patienter upplevdes av vissa sjuksköterskor kunna

avslöja känslig information och de beskrev att de kunde tänka sig att dokumentera att samtalet ägt rum, men inte detaljerat. Andra sjuksköterskor upplevde istället att det var viktigt att beskriva vad patientens bekymmer handlade om för att upplysa teamet, detta som grund för att passande vård skulle kunna ges (Keall, Clayton & Butow, 2014).

Att få utbildning i svåra samtal behövdes och önskades av sjuksköterskorna i studierna av Croxon et al. (2017) och Strang et al. (2013), vilket lyfts i litteraturöversiktens resultat. En välfungerande kommunikation mellan vårdpersonal och patient är en grundförutsättning för god omvårdnad och kan främja patientens hälsa genom en ökad känsla av självbestämmande (Fossum, 2007). Brister i kommunikationen kan leda till sämre vård, ineffektiv smärtlindring och försvårad bedömning av patientens hälsotillstånd (Lau & Wang, 2013). Andersson et al. (2015), Croxon et al. (2017) och McIlfatrick et al. (2018) kunde alla påvisa att den holistiska vården i form av existentiella samtal försvårades vid brist på kunskap. Keall et al. (2014) nämnde att en del sjuksköterskor kände osäkerhet inför vissa av sina kollegors kunskaper, då dessa motsatte sig att hålla djupa och känslösa samtal med patienter i livets slut (a.a.). Negativ eller ingen kommunikation i kombination med brist på sjuksköterska-patientkontakt och likgiltighet kunde upplevas av patienten som att sjuksköterskan inte brydde sig (Halldorsdottir, 2007). Peereboom och Coyle (2012) lyfter vikten av kunskap om kommunikationsteknik och -strategier då avsaknaden av detta kan orsaka skada och försvåra etablerandet av en god relation mellan sjuksköterskan och patienten. En reflektion kring föreliggande resultat är att en bristande kommunikationsteknik och dess konsekvenser skulle kunna påverka sjuksköterskors självförtroende negativt och leda till känslor av otillräcklighet i yrkesrollen. Föreliggande resultat visar att upprätthållandet av den holistiska vården kan försvåras om den goda patientrelationen inte etablerats.

5:2:4 Humor som redskap

Uppsatsförfattarna har under arbetets gång reflekterat över att humor som bearbetningsstrategi sällan eller aldrig nämns i föreliggande resultat. Att just humor används och lyfts som en tillgång i vården bekräftas bland andra av Robalo Nunes,

José och Capelas (2018). Studien visar att humor kan vara till stöd i vården då den kan stärka relationen mellan vårdpersonal och patienter och att humor var en viktig ingrediens i många sjuksköterskors bearbetning av den sorg de kunde uppleva i arbetet med patienter i palliativ vård. Samma studie kunde också påvisa att de sjuksköterskor som hade en mer negativ inställning till humor påverkades starkare av arbetet på ett personligt plan och att de oftare överväldigades av sorg och saknad efter patienter som gått bort (a.a.). Även efter en patients död kan sjuksköterskan genom att prata och skämta med patientens anhöriga bli hjälpt att hantera sina känslor (Peterson et al., 2010). Uppsatsförfattarnas egna erfarenheter av humor i vårdsituationer är att den vid rätt tillfällen verkar kunna lindra oro och smärta hos patienter, att den kan vara av stor betydelse i bearbetandet av påfrestande upplevelser hos personal och att den kan tjäna till att stärka gemenskapen i en personalgrupp. Dessa erfarenheter gjorde det ringa antalet studier som beskrev humor förvånande. Intressant att notera är att redan Florence Nightingale såg betydelsen av humor i vården och att skrattet kunde lindra smärta och lidande (Nightingale, 1859/1992).

5:3 Metoddiskussion

De medicinska databaserna CINAHL och PubMed användes i litteratursökningarna. Då databaserna har relevans för ämnet, ses det som en styrka. Användandet av för området relevanta sökord, delvis i form av MeSH-termer i olika kombinationer, ledde till resultat som besvarade litteraturöversiktens syfte. Trunkering och booleska begrepp beskrivs av Forsberg och Wengström (2016) för att specificera sina sökningar. Studier där både existentiell, andlig och spirituell benämning kring de djupa tankar som kan uppkomma hos patienter i livets slut användes i litteraturöversikten. Detta kan ha gett ett bredare resultat än att avgränsa sökningarna till att endast innefatta termen *existentiell* med dess möjliga böjningar som benämning på nämnda frågor, vilket eventuellt kan ses som en svaghet. Till resultatet användes 16 artiklar som var skrivna mellan 2009-2019. Artikelkvaliteten var genomgående högre än 84 procent. Detta upplevs av litteraturöversiktens författare ha bidragit till en stabil kunskapsgrund och god trovärdighet. Även författarnas ständiga strävan och strategier för att eliminera riskerna för att misstolka studiernas resultat bidrar förhoppningsvis till en styrka i

litteraturöversikten. Valda artiklar var dominerade av kvalitativ metod, men även ett antal studier av kvantitativ metod samt en studie av mixad metod ingick. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver att kvalitativ metod är den metod som främst används för att beskriva mänskliga upplevelser och som ger beskrivande data. I kvantitativ forskning kan jämförelser och mätningar göras för att utvärdera om en handling ger bättre resultat än en annan exempelvis (Friberg, 2012). Dock kan även kvantitativa studier undersöka upplevelser, understryker Forsberg och Wengström (2016.) Kombinationen av metoder i denna litteraturstudie bidrog till ett resultat av sjuksköterskornas upplevelser kring existentiella samtal med palliativa patienter. Det har varit uppsatsförfattarnas strävan och mål att genom att använda studier av olika metoder ge en helhetsbild kring ämnet.

Artiklarna lästes flertalet gånger och diskuterades mellan författarna för att bekräfta att båda förstått resultatet lika och för att sträva efter att styrka trovärdigheten i litteraturöversiktens resultat. Studierna utfördes på flertalet kontinenter, men en betydande del artiklar (sju stycken) kom från Sverige vilket kan ha färgat resultatet. Uppsatsförfattarnas uppfattning är dock att studiedeltagarnas bakgrund rimligen borde spegla samhället i övrigt gällande etnisk mångfald vilket förhoppningsvis ger en rättvis bild av samtida palliativ vård. Det hade å ena sidan kunnat vara intressant med en större spridning gällande studiernas härkomst för att möjligen få större kulturell bredd och inblick genom resultatet, men mot bakgrund av det föreliggande resultatet ser författarna å andra sidan inte denna begränsning som en svaghet.

Uppsatsförfattarna hade i detta arbete fokus på I-länder då resultaten vid inkludering av U-länder möjligen hade kunnat innebära ett för omfattande resultat med betydande kontraster i jämförandet dem emellan i en för ändamålet begränsad litteraturöversikt som denna. Med detta syftar vi på att en inkludering av U-länder möjligen skulle kunna kräva en särskild diskussion kring normella och kulturella skillnader för att kunna jämföra studiernas resultat, vilket vi befarade eventuellt inte skulle rymmas inom ramarna för detta arbete.

Alla använda studier i resultatet hade mestadels eller endast kvinnliga sjuksköterskor som deltagare vilket i sig skulle kunna utgöra en begränsning ur ett genusperspektiv. Sjuksköterskeyrket är än i dessa dagar dock kvinnodominerat och studier där deltagarna varit fler män eller lika många mellan könen hittades inte under arbetet med denna litteraturöversikt. Studiernas resultat hade flertalet gemensamma teman som var relevanta för litteraturöversiktens syfte och frågeställningar, vilket på ett naturligt sätt bidrog till tematisk indelning som täckte innehållet i resultatet.

5:4 Etikdiskussion

Sjuksköterskors etiska ansvar förklaras i International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor. De grundläggande ansvarsområdena för yrket beskrivs vara att främja hälsa, förebygga ohälsa, återställa hälsa och lindra lidande (SSF, 2014). Patienter som är sköra och utsatta för lidande har en sårbarhet som sjuksköterskor måste ha respekt för. Att som omvårdnadspersonal bidra till att en patient överlever, växer eller uthärdar är en etisk uppmaning. Centrala värden för omvårdnad är respekt för alla människors lika värde, integritet och, när patienten inte hindras av fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar, självbestämmande (SSF, 2016). Författarna upplever dessa grundläggande punkter som högst relevanta inom den palliativa vården.

De artiklar som användes i denna litteraturöversikt var granskade av etisk kommitté, vilket Helsingforsdeklarationen (2018) beskriver delvis innebär att deltagare ska ha godkänt sitt medverkande i studien. För att ta hänsyn till deltagares privatliv ska alla upptänkliga försiktighetsåtgärder vidtas. Åtgärderna ska också vidtas för att information om deltagare behandlas konfidentiellt, och för att studiens inverkan på deltagares fysiska och psykiska integritet och person ska vara så liten som möjligt (a.a.).

Vid en litteraturöversikt granskas andra artiklar som tolkas, analyseras, formuleras om och skrivs samman. Denna process kan medföra omedvetna missuppfattningar. Trots engelskt lexikon och goda kunskaper i engelska språket kan feltolkning ske då ord kan ha flera betydelser. Uppsatsförfattarna har genomgående strävat efter att

återge sanningsenliga fakta utan att vinkla eller dölja innehåll. Analysen av artiklarna granskades flertalet gånger av båda författarna med ambitionen att nå en korrekt tolkning av resultaten.

5:5 Kliniska implikationer

De flesta sjuksköterskor kommer sannolikt komma i kontakt med patienter som vårdas palliativt någon gång under sin yrkeskarriär. Denna litteraturöversikt kan ge insikt i vilka känslor som kan uppstå hos sjuksköterskor i samband med existentiella samtal. Denna insikt kan förhoppningsvis förbereda sjuksköterskan på dessa känslor och bidra till utveckling av inre, mentala verktyg för att hantera dem. Att veta hur känslor kan hanteras och bearbetas kan ge sjuksköterskor möjlighet att inte bli uppslukade av dem. Detta tror författarna skulle kunna bidra till att färre sjuksköterskor blir utbrända vilket kan minska sjuksköterskebristen, förbättra vården för patienten och i och med detta innebära mindre kostnader för samhället. Författarnas förhoppning är också att resultatet kan medföra att fler arbetsgivare ger ökat utrymme till reflektion och återhämtning hos sin personal och att rutiner och riktlinjer utarbetas som ytterligare verktyg för dessa ändamål genom att använda studier av olika metoder – detta i syfte att förbättra och stärka den holistiska vården i landet och att ge sjuksköterskor en trygghet i sin arbetsvardag.

5:6 Slutsats

Sjuksköterskor upplever sig ha en privilegierad roll då de anförtros patienters innersta tankar, även om det kan vara emotionellt utmattande. Känslor av hjälplöshet och maktlöshet beskrevs av sjuksköterskorna i relation till patientens lidande. Kunskap om att dessa känslor ibland uppstår kan bidra till att lättare hantera dem. Det kan också kännas befriande att veta att fler har erfårit liknande känslor, genom att läsa litteraturöversiktens resultat och genom att reflektera kring händelser på arbetsplatsen. Utbildning i existentiella samtal och återhämtning visade sig vara efterfrågad kunskap hos sjuksköterskorna. Brist på kunskap kan ge otrygghet hos sjuksköterskor, hens kollegor och patienter. Genom utbildning kan den enskilda sjuksköterskan, arbetsgruppen och vården bli tryggare. Detta kan i sin tur resultera i ett ökat utövande av holistisk vård och en yrkesgrupp som inte blir utbrända i

samma utsträckning som idag. Dock kan tidsbristen inom vården hindra detta att ske.

5:7 Förslag till vidare forskning

Vidare forskning skulle kunna analysera hur utbildning i existentiella samtal genomförs för sjuksköterskor i dagsläget. Det vore av intresse att undersöka vilken sorts utbildning som önskas av sjuksköterskor själva inom ämnet och att låta sjuksköterskor genomgå olika utbildningar för att kunna utvärdera vilka utbildningsstrategier som kan anses mest effektiva och ge bäst resultat i det dagliga arbetet. Denna information skulle kunna inhämtas via intervjuer eller enkäter, eller som mixad metod. Forskning kring hur organisationer skulle kunna arbeta för att förbättra möjligheterna till reflektion i arbetsgrupper och ökad tid till samtal med patienter skulle kunna vara av intresse. I denna litteraturoversikt valdes studier från U-länder bort, men det hade varit intressant med forskning som jämförde just kulturella skillnader i de existentiella samtalen – framförallt då interkulturella möten är ett naturligt inslag såväl inom palliativ som i övrig vård och att detta skulle kunna ge värdefull kunskap till grund för en jämlik vård. Ett förslag till upplägg skulle kunna vara att en arbetsgrupp bestående av forskare med erfarenheter från olika delar av världen studerade ämnet – detta för att nå en kulturell bredd och förståelse i analysarbetet. Mer forskning gällande manliga sjuksköterskors upplevelser av existentiella samtal behövs för att undersöka eventuella påverkansfaktorer ur ett genusperspektiv. Vi tror att mixad metod skulle kunna ge ett brett och informativt resultat i detta sammanhang; intervjustudier kan ge utförlig information om upplevelser, men parallellt med detta kan enkätundersökningars styrka som möjlig mindre tidspress och en ökad möjlighet att som informant kunna besvara frågor utan påverkan av en intervjuare vara värdefull.

Referenser

*Andersson, A., Salickiene, Z. & Rosengren, K. (2015). To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38, 144-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>

Andlig. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 23 april, 2019, från [https://www-ne-se.www.bibproxy.du.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/andlig-\(motsats-till-kroppslig\)](https://www-ne-se.www.bibproxy.du.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/andlig-(motsats-till-kroppslig))

Bailey, M., Moran, S., & Graham, M. (2009). Creating a spiritual tapestry: Nurses' experience of delivering spiritual care to patients in an Irish Hospice. *International Journal of Palliative Nursing* 15(1), 42-48.

Balzer Riley, J. (2003). Holistic Self Care: Strategies for Initiating a Personal Assessment. *American Association of Occupational Health Nurses*, 51(10), 439-445. doi: <https://doi.org/10.1177/216507990305101007>

Bolund, C. (2013). Det existentiella samtalet – samtal om liv och död. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2 uppl., s. 179-195). Lund: Studentlitteratur.

*Bone, N., Swinton, M., Hoad, N., Toledo, F., & Cook, D. (2018) Critical Care Nurses' Experiences with Spiritual Care: The Spirit Study. *American Journal of Critical Care* 27(3), 212-219. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018300>

*Browall, M., Hénoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. & Danielsson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 636-644. doi: 10.1016/j.ejon.2014.06.001

*Croxon, J., & Deravin, L. (2017). Dealing with end of life - New graduated nurse experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 337-344. doi: 10.1111/jocn.13907

Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care - Stress when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(13), 228-237. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.09.005>

Eriksson, G., Wahlström Bergstedt, T. & Melin-Johansson, C. (2013). The need for palliative care education, support, and reflection among rural nurses and other staff: A quantitative study. *Palliative and Supportive Care*, (13)2, 265-274. doi: 10.1017/S1478951513001272

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Existentiell. (u.å.a). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 23 april, 2019, från <https://www-ne-se.www.bibproxy.du.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/existentiell>

Existentiell. (u.å.b). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 23 april, 2019, från <https://www-nese.se/www.bibproxy.du.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/existentiell>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.

Fossum, B. (red.) (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll: Anpassning och balans. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 uppl., s. 102-109). Stockholm: Liber.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 133-145). Lund: Studentlitteratur.

Griggs, C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), 139-148.

Halldorsdottir, S. (2007). The dynamics of the nurse-patient relationship: a synthesized theory from the patients' perspective. *Nordic Collage of Caring Science* 22(4). doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x

Helsingforsdeklarationen. (2018). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad den 5 februari, 2019, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

*Hench, I., Danielsson, E., Strang, S., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2013). Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(16), 785-794. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013

Hjort, P. (2010) Omvårdnad och omsorg vid livets slut. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hølen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 443-450). Stockholm: Liber.

Holism (2005). I *Psykologilexikon*. (3. utök. uppl., s. 280) Stockholm: Natur och kultur.

Homsy, J., Walsh, D., Rivera, N., Rybicki, L. A., Nelson, K. A., LeGrand, S. B., Davis, M., Naughton, M., Gvozdzan, D., & Pham, H. (2006). Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*, 14(5), 444-453. doi: 10.1007/s00520-005-0009-2

- Houtepen, R. & Hendriks, D. (2003). Nurses and the virtues of dealing with existential questions in terminal palliative care. *Nursing Ethics*, 10(4), 377-387. doi: 10.1191/0969733003ne620oa
- Holland, M. J. & A. Neimeyer, R. (2005). Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative and supportive care*, 3, 173-181. doi: 10.1017/S1478951505050297
- Ingebretsen, L. P. & Sagbakken, M. (2016). Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11, 1-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.31170>
- *Johansson, K., & Lindahl, B. (2010). Moving between rooms – movins between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2034-2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x
- *Karlsson, M., Kasén, A. & Wärnå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative and Supportive Care*, 15(2), 158-167. doi: 10.1017/S1478951516000468
- Lau, Y. & Wang, W. (2013). Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*, 33(12), 1617–1623. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.005>
- Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing* 23, 3197–3205. doi: 10.1111/jocn.12566
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W. & Brescia, R. (2011). Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 691-701. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013>
- Lindblom, A-K., Bäck-Pettersson, S., & Berggren, I. (2012). A quality registers impact on community nurses' in end-of-life care – a grounded theory study. *Journal of Nursing Management* 20, 206-214. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01376.x
- Mamier, I., Johnson Taylor, E., & Wehtje Winslow, B. (2019). Nurse Siritual Care: Prevalence and Correlates. *Western Journal of Nursing Research* 41(4), 537-554. doi: 10.1177/0193945918776328
- *McIlfatrick, S., Connolly, M., Collins, R., Murphy, T., Johnston, B. & Larkin, P. (2017). Evaluating a dignity care intervention for palliative care in the community setting: community nurses' perspectives. *Journal of Critical Nursing*, 26(23-24), 4300-4312. doi: 10.1111/jocn.13757

Mindfulnessmeditation. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 14 maj, 2019, Från <https://www-ne-se.www.bibproxy.du.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/mindfulnessmeditation>

*Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B M., & Stadick, J. L. (2017). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2), 173-181. doi: 10.1111/jocn.13867

Nightingale, F. (1859/1992). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. USA, Philadelphia: J.B Lippincott Company.

*O'Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E. & Jack, B. A. (2018). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 182-189. doi: 10.1111/jocn.14648

*Pennbrant, S., Tomaszewska, M. & Lorentzson Penttilä, G. (2015). Nurses' experience of caring for palliative-stage patients in a hospital setting in Sweden. *Clinical Nursing Studies*, 3(2), 97-108. doi: 10.5430/cns.v3n2p97

Peereboom, K. & Coyle, N. (2012). Facilitating Goals-of-Care Discussions for Patients With Life-Limiting Disease—Communication Strategies for Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 14(4), 251-258. doi: 10.1097/NJH.0b013e3182533a7f

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., & Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(9), 432-438. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.9.78636

Prismas engelska ordbok: engelsk-svensk, svensk-engelsk : [90000 ord och fraser]. (1. uppl.) (2004). Stockholm: Norstedts ordbok.

Robalo Nunes, I., José, H. & Capelas, M. L. (2018). Grieving With Humor: A Correlational Study on Sense of Humor and Professional Grief in Palliative Care Nurses. *Holistic nursing practice*, 32(2), 98-106. doi: 10.1097/HNP.0000000000000255

Rogers, M. & Wattis, J.P. (2015). Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*. 29(39), 51-57. doi: 10.7748/ns.29.39.51.e9726

Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal: Professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur.

*Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikationer. Stöd för styrning och ledning* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Spiritualitet. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtat 23 april, 2019, från <https://www-ne-se.www.bibproxy.du.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/spiritualitet>

Strang, P. (2012). Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 uppl., s. 30-34). Stockholm: Liber.

Strang, P. (2013). Existentiell kris – varför behöver den beforskas? *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(1), 127-131. <http://socialmedicinsk-tidskrift.se/index.php/smt/article/view/967>

*Strang, S., Hensch, I., Danielsson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568. doi: 10.1002/pon.3456

Strang, S., & Strang, P. (2012). Existentiella och andliga dimensioner inom vården. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 uppl., s. 102-109). Stockholm: Liber.

Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B-M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of clinical nursing*, 11(1), 48-57.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (svensk sjuksköterskeförening, övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (Originalarbetet publicerat 2012) Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (Originalarbetet publicerat 2010) Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Sverige. Socialstyrelsen. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: sammanfattning med förbättringsområden : nationella riktlinjer – utvärdering 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Ternstedt, B-M., Henoch, I., Österlund, J. & Andershed, B. (2017). *De 6 s:n: En modell för personcentrerad palliativ vård* (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Torbjørnsen, T. (2010). Andlig omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 451-459). Stockholm: Liber.

*Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørli, V. (2014). The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*, 13(1). doi: 10.1186/1472-6955-13-25

*Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14(1). doi: 10.1186/s12912-015-0114-6

Udo, C., Melin-Johansson, C., Henoch, I., Axelsson, B., & Danielsson, E. (2014). Surgical nurses' attitudes towards caring for patients dying of cancer – a pilot study of an educational intervention on existential issues. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 426-440. doi: 10.1111/ecc.12142

Ueland, V., & Ramvie, E. (2018). Nurses' Process of "Becoming" When Working in the Context of Death and Dying. *International Journal of Human Caring* 22(1), 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.20467/1091-5710.HumanCaring-D-17-00052>

*Vachon, M., Fillion, L., & Achille, M. (2012). Death Confrontation, Spiritual-Existential Experience and Caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology* 9(2), 151-172. doi: <https://doi.org/10.1080/14780881003663424>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x>

Willman, A., Stoltz, P., och Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. (2. Ed.) Geneva: World Health Organization.

*Artiklar som använts i resultatdelen

Bilaga 1. Söktabell 1

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa rubriker	Urval efter lästa abstract	Antal utvalda artiklar till resultat efter genomläsning av artiklar, n=16
CINAHL	Nurse AND Existential AND Palliative	143 857 251 60	0 0 4	0 0 1	0
CINAHL	Palliative AND Existential AND Nurse	25 771 284 60	0 0 5	0 0 3	2
CINAHL	Palliative AND Existential questions AND Nurse	25 771 34 9	0 0 5	0 0 3	3
CINAHL	Palliative AND Existential AND Nurse experience	25 771 284 37	0 0 5	0 0 2	1
CINAHL	Nurs* AND Existential AND Death	258 585 378 61	0 0 5	0 0 1	1
CINAHL	Nurs* experience AND Spiritual* AND Death	30 599 630 130	0 0 2	0 0 0	0
CINAHL	Dying AND Nurs* AND Conversation	6 770 1 770 40	0 0 5	0 0 2	1
CINAHL	Nurses AND End of life AND Spiritual questions	104 531 1 890 15	0 0 3	0 0 1	1
CINAHL	Nurses experience AND Dying AND Spiritual*	21 782 468 46	0 0 2	0 0 1	1
PubMed	Nurs* AND End-of-life AND Existential	306 344 325 5	0 0 1	0 0 1	3
PubMed	Nurs* AND Palliative AND Existential	306 344 9 059 156	0 0 2	0 0 2	2

Söktabell 2 - sekundära sökningar

Databas	Titel på vald artikel n=1	Författare År	Ur i referenslistan i artikel	Författare År
ResearchGate	Nurses' experience of caring for palliative-stage patients in a hospital setting in Sweden	Penbrant, S., Tomaszewska, M. & Lorentzon Penttilä, G. 2015	Organizational challenges: A Major Obstacle at End of Life Care in Iran	Galjeh, M., Iranmanesh, S., Dehghan Nayeri, N. & Tirgari, B. 2016

Bilaga 2. Sammanställning av artiklar (n=16) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitets- grad
Andersson, A., Salickiene, Z., & Rosengren, K. 2016 Sverige	To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients	To describe nurses' experiences of caring for dying patients in surgical wards.	Kvalitativ Induktiv metod	n=6 sjuksköterskor	Respondenterna upplevde att de påverkades personligen och kände sig oförberedda på att möta döende patienter på grund av bristande kunskap om palliativ vård.	Hög 92%
Bone, N., Swinton, M., Hoad, N., Toledo, F., & Cook, D. 2018 Kanada	Critical Care Nurses' Experiences with Spiritual Care: The Spirit Study	To understand nurses' experiences when they make a referral to the Spiritual Care Department for a patient or the family of a patient who is dying or deceased. Specific aims were to explore spiritual care's effect on nurses and how nurses understand the role of spiritual care in practice.	Kvalitativ Beskrivande studie med semi-strukturerade intervjuer	n=25 sjuksköterskor	Respondenterna beskriver <i>Närvaro</i> som ett centralt tema. Sjuksköterskorna ser kapellet som en viktig del av det multidisciplinära teamet, och de känner sig lättade när ringt kapellet för då vet de att de får hjälp att stötta patient och familj. Det beskrivs även att personalen från kapellet även kunde ge sjuksköterskorna stöd efter vissa händelser. Sjuksköterskorna trodde att stödet från kapellet var en reflektion av deras egna omsorg, för även om de skulle vilja ta hand om patienten på alla nivåer så upplever de sig inte ha tid. Vissa kände också att de inte var bekväma med att se när patienter behövde andlig vård.	Hög 84%
Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. & Danielsson, E. 2013 Sverige	Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care.	To describe nurses' experiences of existential situations when caring for critically ill cancer patients.	Kvalitativ Critical Incident Technique (CIT)	n=83 sjuksköterskor	Respondenterna vittnade om att det fanns en rad utmaningar i existentiella situationer, bland annat känslan av att inte räkna till för patienten, det svåra med att vårda unga patienter i livets slut, att hantera skuld känslor och existentiell smärta hos patienterna och att möta patienter som uttryckte en lust att dö.	Hög 88%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitets- grad
Croxon, L., Deravin, L., & Anderson, J. 2017 Australien	Dealing with end of life – New graduated nurse experiences.	To investigate new graduated nurses readiness to deal with death and dying patients in the workplace.	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer med interpretativ metod	n=7 sjuksköterskor	Respondenterna kände sig osäkra i sin roll som sjuksköterska vid vård i livets slutskede och kände sig inte redo att hantera död. De upplevde att de fick en grund i palliativ vård i skolan, men att det är i praktiken de lär sig det mesta. Dock önskade de att de hade fått lärt sig hantera svåra samtal innan de tagit examen.	Hög 84%
Henoch, I., Danielsson, E., Strang, S., Browall, M. & Melin-Johansson, C. 2013 Sverige	Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study.	To determine the effects of a training intervention where the focus is on existential issues, nurses' perceived communicative confidence, and their attitude toward caring for dying patients.	Kvantitativ Randomiserad kontrollerad studie med utbildningsintervention ("RCT")	n=102 sjuksköterskor	Känslan av säkerhet i kommunikationen förbättrades signifikant i träningsgruppen till både den första och den andra uppföljningen, det vill säga omedelbart efter träningen och fem månader senare.	Hög 93 %
Johansson, K. & Lindahl, B. 2010 Sverige	Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.	To describe the importance of nurses' experience of caring for palliative patients in general wards in hospitals.	Kvalitativ Intervjuer som analyserades genom fenomenologisk hermeneutisk metod	n=8 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna vittnade om att något betydande uppstod under vårdprocessen och de visade beslutsamhet och engagemang i att vara en del av patientens livscykel, trots att situationen ofta upplevdes stressig.	Hög 96 %
Karlsson, M., Kasén, A. & Wärnå-Furu, C. 2016 Sverige	Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care.	To describe and gain an understanding of nurses' existential questions when caring for at the end of life	Kvalitativ hermeneutisk Intervjuer med fokusgrupper	n=14 sjuksköterskor	Sjuksköterskornas existentiella frågor balanserade mellan ansvar och skuld i förhållande till sina patienter, mellan rädsla och mod i förhållande till yrkesrollen och medmänniskor och mellan hopp och förtvivlan i förhållande till andras och deras egen död.	Hög 92 %

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitets- grad
McIlfatrick, S., Connolly, M., Collins, R., Murph, T., Johnston, B., & Larkin, P. 2017 Irland	Evaluating a dignity care intervention for palliative care in the community setting: community nurses’ perspectives	To evaluate a dignity care intervention provided by community nurses seeking to address dignity concerns for people with advanced and life-limiting conditions	Mixad sekventiell metod Fokusgrupp- intervjuer och datainsamling via webbformulär	n=24 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna upplevde att ten värdighetsbevarande intervention hjälpte dem att upprätthålla en holistisk vård och att den utgjorde ett stöd i identifieringen av områden som annars kanske inte hade upptäckts.	Hög 93%
Minton, M., Isaacson, M, Varilek, M., & Stadick, J. 2017 USA	A willingness to go there: Nurses and spiritual care	To describe rural and urban palliative/hospice care nurses’ communication strategies while providing spiritual care for patients and families at end of life.	Kvalitativ Face-to-face intervjuer. Braun and Clarke’s tematiska analysmetod	N=10 sjuksköterskor	Respondenterna belyste vikten av att ställa enkla frågor och våga vänta i tystnad på svaret. Men också att våga höra svaret som patienten ger. Ha mod att vara där “i nuet” och att vara med patienten i helig en helig sfär. Att stötta en person är viktigare än att “fixa” de uttryckta känslorna	Hög 92 %
O’Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E. & Jack, B. A. 2018 Storbritannien	Meeting patients’ spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses’ and healthcare professionals’ perceptions of spiritual care training.	To explore nurses’ and other healthcare professionals’ perceptions of spiritual care and the impact of spiritual care training on their clinical roles.	Kvalitativ Semi- strukturerade Intervjuer med tematisk analys	n=21 sjuksköterskor	Två huvudteman identifierades: att definiera andlighet och vad andlighet betyder och att stötta patienter med andliga behov/i andlig nöd, samt betydelsen av god kommunikationsförmåga, att inte ha svaren och att kunna förhålla sig till det icke-fysiska.	Hög 96 %
Pennbrant, S., Tomaszewska, M., & Lorentzon Penttilä, G. 2015 Sverige	Nurses’ experience of caring for palliative- stage patients in a hospital setting in Sweden	To describe nurses’ experiences of caring for palliative-stage patients in a hospital setting.	Kvalitativ Fenomeno- logisk hermeneutisk analys	n=6 sjuksköterskor	Tre teman och betydande faktorer identifierades: att som sjuksköterska utveckla och stärka ett professionellt självförtroende, att utveckla sin kommunikativa förmåga samt att få tid för reflektion.	Hög 96%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitets- grad
Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. 2015 Spanien	Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping with Death	To improve our understanding of the factors associated with professionals' inner life, through the assessment of an adapted version of Kearney and Kearney's awareness model of self-care.	Kvantitativ Tvärsnittsstudie i form av webbformulär	n=385 varav 33,2% sjuksköterskor	Egenvård och självmedvetenhet hos vårdpersonalen var av betydelse i hanteringen av de känslor som kunde uppstå i vården av döende patienter.	Hög 86%
Strang, S., Henoch, I., Danielsson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. 2013 Sverige	Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning.	To describe nurses' reflections about existential problems in communication with patients close to death.	Kvalitativ Gruppreflektioner som spelades in, transkriberades och analyserades	n=98 sjuksköterskor	Erfarenhet av existentiella samtal och modet i att vara närvarande och bekräftande, att ha tid och att undvika inställning att man ska försöka lösa alla existentiella problem var de viktigaste faktorerna i kommunikationen med patienter nära döden.	Hög 92%
Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørлие, V. 2014 Norge	The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying.	To describe the meaning of hospice nurses' lived experience with alleviating dying patients' spiritual and existential suffering.	Kvalitativ Fenomenologisk hermeneutisk analys	N=8 sjuksköterskor	Respondenterna upplevde att det krävdes mod för att finnas där för patienten, att se dem och att lyssna till dem. Att se patienterna lida kunde utlösa känslor av hjälplöshet, sårbarhet och osäkerhet hos sjuksköterskorna.	Hög 96%
Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørлие, V. 2015 Norge	The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study.	To describe nurses' experience of spiritual and existential care when caring for dying patients in a general ward.	Kvalitativ Fenomenologisk hermeneutisk analys	n=6 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna ansåg att det var en utmaning att identifiera döende patienters spirituella och existentiella lidande då det var svårt att skilja mellan vad som var fysisk, emotionell, relationell, andlig och existentiell smärta. Sjuksköterskorna upplevde att det var känslomässigt utmanande att inte kunna lindra döende patienters andliga och existentiella ångest då detta frammanade känslor av professionell hjälplöshet och brist.	Hög 96 %

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitets- grad
Vachon, M., Fillion, L. & Achille, M. 2012 Kanada	Death Confrontation, Spiritual-Existential Experience and Caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis.	To better understand how palliative care nurses handle death proximity; describe their subjective spiritual-existential experience; and explore the potential links between death confrontation and spiritual-existential experience in nurses.	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer med interpretativ fenomenologisk analys.	n=11 sjuksköterskor	Flera av sjuksköterskorna uttryckte en känsla av maktlöshet och nämnde bland annat en för stor arbetsbelastning som anledning. Många försökte göra mer för sina patienter utan att uppnå en känsla av kompetens eller tillfredsställelse.	Hög 96 %

Bilaga 3. Granskningsmall för kvalitetsbedömning - Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Bilaga 4. Granskningsmall för kvalitetsbedömning - Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Finns populationen beskriven?		
15	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16	Anges bortfallets storlek?		
17	Kan bortfallet accepteras?		
18	Anges var studien genomfördes?		
19	Anges när studien genomfördes?		
20	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24	Besvaras studiens frågeställningar?		
25	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26	Diskuterar författarna studiens interna validitet?		
27	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Bilaga 5. Granskningsmall för kvalitetsbedömning - Mixade studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Anges ett övergripande mål varför kvalitativ och kvantitativ ansats kombinerades?		
2	Finns det utöver de respektive frågorna till den kvalitativa och kvantitativa delen i studien, en specifik mixed method-fråga om hur fynden relaterar till varandra?		
3	Beskrivs studiens design tydligt?		
4	Är studiens design relevant för att besvara studiens syfte och frågeställning?		
5	Är designen för varje del av studien (kvalitativ o kvantitativ) relevant för respektive frågeställning i båda delar av studien?		
6	Finns ett logiskt sammanhang mellan alla komponenter i studiens design?		
7	Beskrivs vilka metoder som har använts för att förbättra exakthet och trovärdighet i studiens båda delar?		
8	Beskrivs urvalsmetoden?		
9	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
10	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundvariabler?		
11	Är undersökningsgruppen relevant för studiens syfte?		
12	Anges var studien genomfördes?		
13	Anges när studien genomfördes?		
14	Beskrivs datainsamlingsmetoden?		
15	Beskrivs om möjligheten till triangulering av datamaterialet har använts eller övervägts?		
16	Vid sekventiell design, följer datainsamling i fas II analysen i fas I av studien?		
17	Är designens komponenter och datainsamlingsmetoder utformade med den noggrannhet som krävs för att fånga fenomenets komplexitet?		
18	Är båda delarna av studien integrerade?		
19	Beskrivs hur båda delar av studien integreras (på tolkande eller analytisk nivå)?		
20	Presenteras data från båda delar av studien i de kombinerade fynden på ett strukturerat och omfattande sätt?		
21	Anges analysteknik för att nå analytisk integration?		
22	Är analysmetoden relevant för varje del av studien och för integration av båda?		
23	Är analysmetoden relevant för studiens syfte?		
24	Stöder insamlade data studiens resultat?		
25	Är studiens tolkning kompatibel med aktuell evidens och teorier (tolkningens överensstämmelse)?		
26	Är resultaten trovärdig beskrivna?		
27	Är slutsatser integrerade från båda delarna av studien? Förklaras eventuella diskrepanser av resultat från båda delarna?		
28	Är slutsatserna relevanta för studiens mål?		
29	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
30	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 30

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög