

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT SAMTALA OM EXISTENTIELLA FRÅGOR MED PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE

- EN LITTERATURSTUDIE

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 hp

Självständigt arbete, 15 hp, GPA105, HT2021

Nivå: Avancerad nivå

Författare:

Malin Axhed

Handledare:

Agneta Wennman Larsen

Marie-Charlotte Stenvall

Examinator:

Carina Lundh Hagelin

Sammanfattning

Bakgrund: Att leva med en oövervinnerlig sjukdom som på längre eller kortare sikt kommer att leda till döden och livets slutskede kan väcka många känslor, frågor och tankar, inte bara hos patienten utan även hos sjuksköterskan. Samtal om existentiella frågor som livet och döden kan hjälpa patienten att sätta ord på vad som är värdefullt den sista tiden i livet. Kunskap om hur existentiella samtal förs med patienter som befinner sig i livets slutskede är viktigt att identifiera, beskriva och förbättra. Därför är det betydelsefullt att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om livet och döden med patienter i livets slutskede.

Syfte: Syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av existentiella samtal med patienter i livets slutskede.

Metod: Studien är en kvalitativ litteraturöversikt. En tematisk analys med induktiv ansats genomfördes utifrån Braun och Clarkes tematiska analysmetod. Totalt 12 artiklar valdes ut från databaserna CINAHL, Pubmed och Psychinfo.

Resultat: Erfarenheter av tidsbrist, osäkerhet, egna rädslor samt okunskap avseende existentiella frågor och sammanhang beskrevs. Erfarenhet, kunskap och kännedom om sin egen inställning till döden och döendet kunde bidra till ökad förmåga att närma sig det svåra. Det var viktigt att skapa förtroende och en relation med patienterna. Dokumentation avseende existentiellt mående uppvisade brister. Det fanns en uppfattning om att den var viktig för att kunna följa patientens själsliga mående men osäkerhet beskrevs och några menade att den inte var viktig eller alls lästes.

Slutsats: Att i mötet och i samtalet våga och kunna lämna görandet och istället vara kan öppna upp för att se och förstå människan bakom patienten.

Nyckelord: Existentiella samtal, livet och döden, sjuksköterskor, patient, livets slutskede, erfarenheter.

Innehållsförteckning

1	BAKGRUND	1
	LIVET OCH DÖDEN.....	1
	PALLIATIV VÅRD.....	1
	MENING, ANDLIGHET OCH TRO	2
	PATIENTENS EXISTENTIELLA VÄRLD	4
	SJUKSKÖTERSORS EXISTENTIELLA VÄRLD	5
	ATT TALA OM DET SVÅRA	6
	PROBLEMFÖRMULERING	7
2	SYFTE	7
3	TEORETISKT RAMVERK	7
4	METOD	9
	URVAL	9
	DATAINSAMLING	10
	DATANALYS.....	12
5	FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
6	RESULTAT	14
	TID.....	14
	<i>Att inte hinna</i>	14
	<i>Att ge och ta tid</i>	15
	<i>Att skylla på tidsbrist</i>	15
	KOMMUNIKATION	15
	<i>Att våga samtala och kunna lyssna</i>	15
	<i>Den ordlösa kommunikationen</i>	16
	<i>Att dokumentera existentiella frågor</i>	17
	<i>Att använda en checklista</i>	17
	EXISTENTIELLA TANKAR, ANDLIGHET OCH TRO.....	18
	<i>Samtal om Gud och tro</i>	18
	<i>Andlighet</i>	19
	<i>Sjuksköterskors existentiella tankar</i>	19
	<i>Patienters existentiella tankar</i>	20
	RELATIONER	21
	<i>Sjuksköterskors relationer till patienten</i>	21
	<i>Patienters relationer till närstående</i>	21
	KUNSKAP OCH ERFARENHET	22

<i>Utbildning och kunskap</i>	22
<i>Erfarenhet av att tala om det svåra</i>	22
7 DISKUSSION	23
METODDISKUSSION.....	23
RESULTATDISKUSSION.....	25
8 SLUTSATS	31
9 KLINISKA IMPLIKATIONER	31
10 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	32
11 REFERENSFÖRTECKNING	34
BILAGA 1 SÖKMATRIS	42
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT.	43
BILAGA 3. KVALITETSGRANSKNING.	48

1 Bakgrund

LIVET OCH DÖDEN

Alla människor möter döden förr eller senare på ett eller annat sätt (Sand & Strang, 2013). Döden kan vara både väntad och oväntad och svår att greppa. Livet har en början och ett slut vilket människan är medveten om, men när det gäller att gå till sig själv kan tanken på döden bli skrämmande (Wikström & Strang, 2019). Vilken sorts livsåskådning, tro och vilka erfarenheter vi bär på påverkar vårt förhållningssätt till döden. Döden väcker många tankar och frågor som inte har några enkla svar. Inom olika kulturer och under olika tidsepoker har egna tolkningar gjorts för att underlätta för människor att både leva och dö (Ternestedt, 2020). Vad som är en god död, ett gott liv och vad som är livskvalitet kan variera från person till person (Johnston, 2019; Kastbom et al., 2017). Det kan vara att få dö fridfullt utan svåra symtom som smärta eller ångest (Bovero et al., 2020; Kastbom et al., 2017) och att få bevara sin autonomi och självständighet (Bergenholtz et al., 2020; Blinderman & Cherny; 2005; Kastbom et al., 2017). En god död kan också vara att vara tillsammans med nära och kära. Att förbereda sig för döden är viktigt för många patienter, att underlätta för sina närstående och ordna upp viktiga saker (Bergenholtz et al., 2020; Kastbom et al., 2017; Moestrup & Plog Hansen, 2014).

PALLIATIV VÅRD

Socialstyrelsens (2013) definition av palliativ vård är att lindra lidande och främja livskvalitet för patienten, att ha en helhetssyn på fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt att ge stöd till närstående. Definitionen är samstämmig med Världshälsoorganisationens [WHO] (2021). International Association for Hospice and Palliative Care [IAHPC] har också en definition av palliativ vård. Den liknar den som WHO har definierat men fokuserar mer på det lidande som en allvarlig och livshotande sjukdom kan leda till (IAHPC, 2021; Radbruch et al., 2020; Regionala cancercentrum i samverkan [RCC], 2021). Den palliativa vården bör vara personcentrerad och inriktad på varje individs specifika behov. Det är alla människors självklara rätt att erhålla palliativ vård och den måste kunna erbjudas till patienter på alla vårdnivåer (WHO, 2021). De olika vårdnivåerna kan enligt RCC (2021) vara i det egna hemmet, på särskilt boende, på vårdavdelningar eller på andra institutioner.

Palliativ vård delas upp i allmän och specialiserad vård. Den allmänna palliativa vården ges av vårdpersonal med grundläggande kunskap och kompetens. Inom den specialiserade palliativa vården har vårdpersonalen särskild kunskap och kompetens. Palliativ vård delas även upp i två faser, en tidig och en sen. Den tidiga kan vara lång och under den kan olika livsförlängande behandlingar vara lämpliga (Socialstyrelsen, 2013). Vården bör planeras och utföras av ett multiprofessionellt team eftersom patienten har komplexa symtom eller livssituation (RCC, 2021). Sjuksköterskor ingår i teamet runt en patient och det är viktigt att alla i ett team får samma information för att kunna stödja patienten och dennes närstående på bästa sätt (Rylander et al., 2018). Den palliativa vården ska bygga på de fyra hörnstenarna - symtomlindring, teamarbete, kommunikation och stöd till närstående. Även värdegrunderna närhet, helhet, kunskap och empati är viktiga inom palliativ vård (RCC, 2021).

Palliativ vård intensifieras i livets slutskede när det är en kort tid kvar att leva, det kan vara timmar, dagar, veckor eller månader (RCC, 2021). Vårdens innehåll inriktas då på att lindra lidande och främja livskvaliteten (Socialstyrelsen, 2013; RCC, 2021). Det kan vara svårt att veta när vårdåtgärder ska gå över från livsförlängande till att enbart vara lindrande (Socialstyrelsen, 2013). En del av den palliativa vården är att göra det bästa möjliga för patienternas välbefinnande men också att bibehålla deras värdighet hela vägen fram till döden (Brodtkorb et al., 2016; Kang et al., 2020; Wallerstedt et al., 2019). Inom den palliativa vården kan olika etiska problem eller utmaningar dyka upp som skapar känslor av osäkerhet hos vårdpersonalen. Osäkerheten kan bestå av att göra rätt eller fel i just den situation som uppstår (Brodtkorb et al., 2016). Att ha en helhetssyn eller en holistisk syn innebär att de fyra dimensionerna, den fysiska, den psykiska, den sociala och den existentiella dimensionen påverkar varandra på olika sätt (Strang, 2021; Wallerstedt et al., 2019).

MENING, ANDLIGHET OCH TRO

För att få en djupare förståelse och kunskap om den existentiella och den andliga dimensionen behöver betydelsen av religion, andlighet och existens definieras. Religion kan innebära att individer som har samma tro och traditioner visar det genom olika ritualer (Strang & Strang, 2012b). Religion kommer från latinets religio och betyder återknyta. Religionen kan ibland svara på livsfrågor som vad är meningen med livet? (Sand & Strang, 2013; Strang & Strang, 2012b). Den kan också ge tröst och stöd (Maiko et al., 2019; Strang & Strang, 2012b).

Existens betyder tillvaro, liv, förefintlighet, utkomst, bärgning. Existentiell betyder människans existens (Svenska Akademiens ordlista, 2021). Existentiella och andliga frågor berör frågor som handlar om vår existens, om livet och döden; Varför finns vi? Vad är meningen med livet? (RCC, 2021; Strang & Strang, 2012b). Ett närliggande begrepp, existentialism, är en filosofisk gren som tar upp frågor om livet och döden (Arlebrink, 2012; Sand & Strang, 2013). Existentialismen handlar om meningen med livet, om vad det innebär att existera samt resonerar kring vad människan vill leva och dö för, oavsett vad andra människor tycker och tänker (Arlebrink, 2012).

Andlighet har sitt ursprung från latinets spiritus och kan handla om vår relation till Gud, till andra människor men också till oss själva innerst inne (Strang & Strang, 2012b). Religion och andlighet kan vara sammansatta begrepp men också åtskilda (Sand & Strang, 2013; Strang & Strang, 2012b). En människa kan vara andlig men behöver inte tro på någon Gud (Sand & Strang, 2013). Att tro på Gud är ett sätt att hantera sin situation (Blinderman & Cherny, 2005; Maiko et al., 2019). Att be eller tro på ett liv efter döden kan hjälpa en del patienter att acceptera sin situation (Thompson et al., 2009). Det är en coping som kan ge hopp och en känsla av kontroll (Strang & Strang, 2012b). Coping innebär olika sätt att försöka hantera svåra situationer, i första hand för att undvika ångest. Det skapar en sorts trygghet, något att hålla fast i som känns tryggt (Sand & Strang, 2013). Det kan handla om att vara i relationer med nära och kära (Blinderman & Cherny, 2005; Sand & Strang, 2013; Sherman et al., 2018). En tro på Gud kan också bli en religiös eller andlig smärta eftersom människan kan ifrågasätta Gud eller vad denne nu tror på. Den existentiella smärtan liknar den andliga eller religiösa smärtan (Arlebrink, 2012). Patienten behöver få vila från tankar på det som är svårt och samla kraft genom att känna hopp eller genom att finna en mening. Detta är olika för olika människor och kan förändras över tid under ett sjukdomsförlopp (Milberg, 2012). En del patienter hoppas på att bli botade medan andra hoppas att få må bättre för att orka göra viktiga saker eller någon aktivitet (Bergenholtz et al., 2020; Blinderman & Cherny, 2005; Sand et al., 2009). Att återfå hopp kan öka livskvaliteten, det kan inge ett lugn och ge tid till reflektion kring existentiella frågor som att samtala om döden eller en begravning men också att lämna något efter sig (Melin-Johansson et al., 2008). Hjälp kan behövas för att en situation ska bli begriplig, hanterbar och meningsfull på det sätt som passar individen, till exempel en vardaglig aktivitet eller en rutin. (Sand & Strang, 2013).

PATIENTENS EXISTENTIELLA VÄRLD

En människas livsvärld kan beskrivas som en värld av erfarenheter och upplevelser där den levda kroppen på en och samma gång är fysisk, psykisk, existentiell och andlig. Det går inte att skilja på det kroppsliga och det själsliga, en förändring i kroppen leder till en förändring av tillgången till livet och världen (Dahlberg, 2013). Vår identitet kan ses som en livsberättelse som binder ihop händelser och livsfragment. Att få berätta för någon som har tid att lyssna och att få berätta sitt liv kan vara ett redskap för reflektion och självinsikt (Mazzarella, 2019). Det kan vara viktigt att ta del av en patients livsberättelse för att kunna ge ett anpassat stöd i de existentiella frågor som kan uppstå (Henoch, 2021). Att drabbas av en allvarlig och livshotande sjukdom hotar vår existens (Sand et al., 2008; Strang & Strang, 2012b). Det kan skapa en existentiell kris vilket påverkar välbefinnandet på olika sätt. Att möta döden och att förhålla sig till den är en utmaning (Sand & Strang, 2013; Strang & Strang, 2012b) och kan ge känsla av vanmakt och hjälplöshet (Sand et al., 2008). Sjukdom kan också väcka tankar om skuld, mening och skam (Axelsson, 2016) samt leda till frågor som egentligen inte går att besvara, vad är meningen med sjukdomen? Varför just jag? (Strang & Strang, 2012b). Den existentiella krisen kan vara en rädsla och en sorg över olika förluster, som att förlora närstående (Milberg, 2012).

Existentiell smärta kan förstärkas av den kroppsliga och tvärtom (Axelsson, 2016; Strang et al., 2004; Strang & Strang, 2012a). Ofta uppstår existentiell smärta genom att en människa inte får eller ges möjlighet att prata eller sätta ord på det denne tänker på (Arlebrink, 2012). Det kan finnas en oro för hur slutskedet ska bli och funderingar kring hur lång tid som återstår av livet. Än mer långtgående frågor kan vara; Hur känns det när jag dör? Hur är det att vara död? (Axelsson, 2016). En del patienter är rädda för att dö med svåra symtom som till exempel smärta (Moestrop & Plog Hansen, 2014) men också att kvävas till döds (Strang et al., 2013). Olika symtom kan göra att patienten blir påmind om sin sjukdom och att döden närmar sig (Axelsson et al., 2012; Sand et al., 2008). När symtomlindring fungerar blir det lättare att leva så normalt som möjligt (Sand et al., 2009), det ger tröst och tankarna på döden kan hållas på avstånd (Axelsson et al., 2012; Sand et al., 2009). Det kan finnas en rädsla att inte hinna göra det man önskar, dödsångest kan väckas över att inte längre finnas (Milberg, 2012; Strang et al., 2013). Patienten kan uppleva sig vara utlämnad och övergiven, känna sig rädd och ensam (Sand & Strang, 2013). Det blir en ensamhet eftersom han eller hon inte längre ingår i familjens framtid (Melin-Johansson, et al., 2008). Ensamhetskänslan kan

förstärkas av att inte kunna eller våga dela sina funderingar, tankar och rädslor med andra (Axelsson, 2016).

SJUKSKÖTERSORS EXISTENTIELLA VÄRLD

Sjuksköterskor har ett eget ansvar för att kontinuerligt utveckla och fördjupa sin yrkeskompetens utifrån forskning och ett kritiskt reflekterande förhållningssätt. Den omvårdnad som utförs ska göras med respekt för patientens värderingar, vanor, tro, integritet och värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En specialistsjuksköterska inom palliativ vård ska kunna föra samtal om existentiella frågor, som döden och livet, om rädslor och oro, ha egenskaper som lyhördhet, ärlighet och öppenhet samt kunna erbjuda patienten närhet och stöd i livets slutskede (Kompetensbeskrivning Sjuksköterskan i Palliativ vård, 2021). En tidigare litteraturstudie visade att trots ökad kunskap och förståelse om det försvagande och den oro som kan följa existentiellt lidande för den som befinner sig i livets slutskede, är kunskapsgapet fortfarande stort (Boston et al., 2011). Vikten och medvetenheten om ämnet står att finna i litteraturen men är sällan fokus i omvårdnadens planering och innehåll. Utbildning om existentiell smärta saknas hos många inom vårdsektorn och dessutom definierar olika yrkesgrupper och individer begreppet olika. I studien av Boston et al. (2011) lyfte författarna vikten av att ha kunskap om och erfarenhet av att tala med patienter om livets slutskede, inte bara inom specialiserad palliativ vård utan även inom övrig sjukvård på sjukhus, äldreboenden och vid vård i hemmet.

Inom den palliativa vården har sjuksköterskor en stor uppgift både vad gäller patienters och närståendes välmående (Tveit Sekse et al., 2018). Sjuksköterskor har också del i att hjälpa patienter att planera vården så att det stämmer överens med vad de önskar och vill så långt det är möjligt att genomföra (Johnston, 2019). I sjuksköterskans profession ingår bedömning av symtom och behov (Hagan et al, 2018; Hilding et al., 2018; Tveit Sekse et al., 2018), utförande av åtgärder, både farmakologiska och icke farmakologiska samt att utvärdera dessa åtgärder (Tveit Sekse et al., 2018). En annan uppgift är att samtala med patienten och dennes närstående om alla dimensioner, den fysiska, psykiska, sociala och den existentiella (Friedrichsen, 2012). Förutom att ge optimal symtomlindring kan egenskaper som att kunna lyssna, vara inkännande, ge trygghet, och visa respekt för den enskilde individen bidra till att patienten kan få känsla av meningsfullhet (Axelsson, 2016).

ATT TALA OM DET SVÅRA

Existentiella frågor har inga svar, det väsentliga är att visa viljan att lyssna förbehållslöst, utan att döma eller ifrågasätta (Axelsson, 2016). En hög andel patienter går miste om möjligheten att tala om sina tankar och diskutera vårdens innehåll med läkare och sjuksköterskor som väntar för länge att inleda samtal. Det kan leda till att patienten inte längre förmår delta (Brighton och Bristowe, 2016). Patienter bör så tidigt som möjligt enligt RCC (2021) erbjudas möjlighet till samtal angående prognos, vilka önskemål de har eller vad som är viktigast för dem. Enligt Melin-Johansson et al. (2021) får inte alla patienter dessa samtal, framför allt inte de som har demens, har fått en stroke, eller bor på äldreboende. Rylander et al. (2018) beskriver hur svårt det kan vara att samtala med patienter om det inte står tydligt i journalen vad till exempel läkaren har informerat dem om, vad patienten vet och inte vet om sin sjukdom och prognos. Det kan också vara svårt att svara på frågor eller att säga för mycket som patienten kanske inte vet (Rylander et al., 2018; Wallerstedt et al., 2019). Det kan vara enklare att samtala om svåra saker om en relation har etablerats vilket inte alltid går eftersom en del patienter försämras snabbt.

Läkare undviker svåra samtal bland annat på grund av osäkerhet, okunskap och rädsla för att ingjuta hopp som ger orealistiska förväntningar (Brighton & Bristowe, 2016). I en studie av Axelsson et al. (2012) beskrevs hur patienter upplevde att vårdpersonal antingen var rädda för att samtala eller gjorde det på grund av hänsyn. I en annan studie av Phillip et al. (2014) framkom att patienter kunde uppleva att en del läkare inte ville tala om döden och palliativ vård. Men en stor andel patienter vill bli bemötta som individer, möta vårdpersonal som kan visa medkänsla och erbjuda en holistisk omvårdnad där förutom de fysiska behoven även de emotionella och andliga behoven uppmärksammas (Brighton & Bristowe, 2016). I en studie av Kvåle (2007) framkom att patienter själva ville välja om, när, hur och med vem de talade med om framtiden och vilka svåra känslor det medför. Enligt Axelsson et al. (2012) var det viktigt för patienten med rätt person och att personalen var intresserad av att samtala. En del patienter kan fråga om något men menar egentligen något annat. Det är viktigt att vara lyhörd, kunna läsa av en patient och vara beredd på att lyssna (Arlebrink, 2012). Det kan finnas patienter som är fokuserade på den medicinska behandlingen även om de har en dålig prognos vilket i sin tur leder till att sjuksköterskor får svårare att samtala om existentiella frågor (Rylander et al., 2018). Det är även viktigt att kunna backa och respektera en patients försvarsmekanism (Hilding et al., 2018). Den kan vara en strategi för att inte prata om till

exempel döden (Moestrup & Plog Hansen, 2014). Det betyder inte att patienten är i förnekelse men att det är svårt att tala om lidande och död (Arlebrink, 2012). Alla patienter är olika, en del vill veta allt och en del vill inte veta något alls, framför allt om hur lång tid som är kvar i livet (Sherman et al., 2018).

Problemformulering

När en patient befinner sig vid livets slut med en svår diagnos som är obotbar kan existentiella frågor, funderingar och känslor om livet och döden väckas. Sjuksköterskors kunskap och erfarenhet om döden, om hur patientens tankar, oro och önskemål kan bemötas är lika väsentlig var än döden inträffar, på en allmänmedicinsk vårdavdelning, på kirurgiska eller ortopediska avdelningar, i hemmet, på ett äldreboende eller på en specifik palliativ enhet. Vetskap och kunskap om att patienter vid livets slut lider av ångest, oro, skam eller skuld som väcker existentiella frågor samt vikten av att vårdgivare samtalar om detta har funnits under lång tid. Forskning pekar på många goda exempel på lyssnande och bemötande, men det framgår även brister och svagheter. Som omvårdnadsansvariga möter sjuksköterskor ofta patienterna och därigenom ges tillfällen att samtala om det svåra. Att kunna tolka patientens status, inte bara den fysiska utan även den själsliga och emotionella, kunna fånga upp vad som kan ge mening, stöd och hopp, kan hjälpa patienten att sätta ord på vad som är viktigt den sista tiden i livet. Därför är det värdefullt att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om existentiella frågor med patienter som erhåller vård i livets slutskede.

2 Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om existentiella frågor med patienter i livets slutskede.

3 Teoretiskt ramverk

MÄNNISKA-TILL-MÄNNISKA

Joyce Travelbee verkade som sjuksköterska i Nordamerika under 40-, 50-, och 60-talet. Travelbee underströk vikten av att kunna förstå och tolka den enskilde individens behov, önskemål och tankegångar utifrån ett människa-till-människa perspektiv (Travelbee, 2002). För att klara av att möta patienter i svåra situationer menade Travelbee att sjuksköterskan själv måste ha nått insikt i och fått förståelse för lidande, ensamhet, sjukdom och död. Det är

när sjuksköterska och patient möts i ett människa-till-människa förhållande som interaktion kan ske. Det är en ömsesidig process som sjuksköterskan har ansvaret att etablera och upprätthålla, inte den sjuke. För att nå dit menade Travelbee att sjuksköterskans och patientens roller och fasader behöver brytas igenom så det mänskliga i varje person kan komma fram. Att vara istället för att göra kännetecknar förmågan att kunna se det mänskliga. Travelbee delade in människa-till-människa processen i fem faser. I den första fasen, det första mötet, bildas det första intrycket av den andre. Vad som sägs och hur det sägs samt tidigare erfarenheter av liknande möten bidrar till om parterna får ett positivt eller negativt intryck av varandra. Då sjuksköterska och patient möts för första gången kan det lätt hända att de kategoriserar varandras person och roller då de inte vet någonting om varandra. Genom att vara sig själv, känna intresse för den enskilde individen kan sjuksköterskan uppfatta människan i patienten. I andra fasen växer identiteten hos båda fram när förmågan att se det unika hos den andre och en anknytning börjar etableras. Sjuksköterskan ser förbi patienten och registrerar tankar, känslor och upplevelser av sjukdom och symtom. Patienten kan se sjuksköterskan som en annan unik människa och inte bara "en av alla sjuksköterskor" (Travelbee, 2002).

Empati, som är den tredje fasen har sin plats mellan två individer och kan ge en känsla av att dela något och att förstå varandra. Att känna empati är att ta del av någon annans psykiska mående, att kunna känna in och förstå. Med det menas inte att bara tänka och känna som den andre, det är också att kunna förutsäga och förstå den andres beteende eller upplevelser och kan för sjuksköterskan vara ett redskap att komma patienten närmare. Fjärde fasen, att visa sympati, är liksom empati att känna in, förstå och ta del av en annan människas tankar och upplevelser men med ett djupare engagemang. Egna personliga erfarenheter, känslor, sorger och upplevelser tar plats, objektiviteten är inte lika tydlig som vid ett empatiskt förhållningssätt (Travelbee, 2002). När sjuksköterska och patient genomgått de fyra första faserna uppnås ömsesidig förståelse som är den femte och sista fasen och där ett människa-till-människa förhållande etableras. Förhållandet innebär inte att sjuksköterskans professionella förhållningssätt går förlorat. Att erfara och känna in någon annans personlighet visar bara på förmågan att kunna värdesätta en annan människa. Att ha förmågan att verkligen bry sig om andra, att kunna förstå, värdesätta och bemöta det unika hos patienten och sedan använda sig av den erfarenheten i omvårdnadssituationer är enligt Travelbee kärnan i ömsesidig förståelse. Travelbee menade att närvaro, inte bara fysisk utan även psykisk och

själslig, kan bidra till att sjuksköterskan kan fånga upp nyanser och undermeningar. För att komma åt dessa insikter och kunskaper menade Travelbee att sjuksköterskan ska använda sitt "jag", sin självinsikt, självförståelse och sina förmågor att tolka både egna och andras beteenden och förmågor, vara trygg i sina egna känslor och tankar om livet, lidande och döden. Dessa egenskaper växer fram över tid och genom hela livet och leder till insikt i hur lite vi vet, hur mycket det alltid finns att lära om oss själva och andra (Travelbee, 2002). Joyce Travelbees existentiella människosyn och teorier om samtal och kommunikation mellan patient och sjuksköterska är samstämmig med flera sentida och nutida forskares och författares (Fay & OBoyle, 2019; Keall et al., 2014; RCC, 2021; Strang et al., 2014; Svensk sjuksköterskeförening, 2017; Tornøe et al., 2015). Travelbees teorier valdes därför att användas i den här litteraturöversiktens resultatdiskussion.

4 Metod

En kvalitativ litteraturöversikt genomfördes på ett strukturerat sätt. Studier med kvalitativ ansats är lämpliga när människors subjektiva och upplevda erfarenheter berättas och beskrivs (Polit & Beck, 2021). Litteraturöversikter görs för att sammanställa den forskning som finns inom ett specifikt område och för att kunna belysa vilka områden som behöver mer forskning (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Friberg, 2017; Polit & Beck, 2021). Endast primära källor bör användas i en litteraturöversikt eftersom sekundära källor kan utelämna information och är inte alltid helt objektiva (Polit & Beck, 2021).

Urval

Att exkludera eller inkludera studier hjälper författare att undvika material som inte är relevant. Specifika inklusionskriterier måste beskrivas för att definiera vilken population som ska undersökas (Polit & Beck, 2021). Här ingår att ta reda på om den valda gruppen som ska undersökas kan vara överförbar på fler grupper. Det som inte passar under inklusionskriterier blir ett planerat bortfall och redogörs som exklusionskriterier (Billhult, 2017).

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier var etiskt godkända och granskade artiklar med kvalitativ ansats skrivna mellan år 2010–2021. I den här litteraturstudien användes endast primära källor där forskare själva presenterade sina studier. Att endast inkludera artiklar med god kvalitet minskar dessutom risken för felaktiga slutsatser (Forsberg & Wengström, 2016). Endast artiklar på

engelska inkluderades. Studier där sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser ingick inkluderades. Både studier som utfördes på allmänmedicinska vårdavdelningar, på kirurgiska och ortopediska avdelningar, på palliativa vårdenheter, inom hemsjukvård samt på äldreboende inkluderades då patienter har behov av palliativ vård i livets slutskede oavsett var de befinner sig.

Exklusionskriterier

Exklusionskriterier var studier där minderåriga ingick, med det menas barn och tonåringar under 18 år. Studier som inte innefattade sjuksköterskor exkluderades liksom studier som handlade om överlevande från akuta händelser eller sjukdomar.

Datainsamling

Artiklar som berörde syftet med litteraturöversikten valdes ut via sökningar med hjälp av olika sökord vilka utgör grunden för en litteraturöversikt (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2021). Sökningarna utfördes i databaserna PubMed, PsychInfo samt Cumulative Index Of Nursing And Allied Health [CINAHL] under november och december månad 2021. PubMed är en databas för områden inom medicin och omvårdnad och består huvudsakligen av vetenskapliga artiklar. PsychInfo är en databas för psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad. Databasen CINAHL är ett sökverktyg för omvårdnad, arbetsterapi, fysioterapi och medicin (Forsberg & Wengström, 2016).

Sökning gjordes i PubMed med olika specifika ämnesord som där kallas för MESH-termer eller Medical Subject Headings. Sökorden nurses*, experience* existential* och communication* söktes var och en för sig och kombinerades sedan med "AND" som är en boolesk sökterm som kan användas för att smalna av, begränsa eller bredda ett sökresultat (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2021). Ordet spiritual* lades sedan till då begreppet dök upp vid upprepade tillfällen vid sökningar med ordet existential*. Dessa två ord kombinerades med "OR" som också är en boolesk sökterm (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2021). Den booleska söktermen "NOT" användes inte eftersom den kan begränsa en sökning och leda till att värdefulla artiklar förbises. Trunkering användes vilket innebär att en asterisk* sätts i slutet eller i början av ett ord. Det leder till att allt inom det valda sökordet kommer med (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2021). Därefter gjordes sökningar i CINAHL där ämnesorden benämns "CINAHL headings" (Polit & Beck,

2021). Sökorden som användes där var nurses AND existential AND attitudes AND end of life. I databasen PsychInfo användes orden palliative care AND existential AND nurses.

Biblioteket på Ersta Bräcke Sköndal högskola var behjälplig med söktips och visade hur olika sökblock fungerar. Polit och Beck (2021) menar att det kan vara bra att ta hjälp av en bibliotekarie inför sökning. En andra sökning med sökblock gjordes i PubMed. I första blocket användes sökorden “existential*” OR “attitude to death” OR “spiritual*”. Det andra sökblocket inbegrep sjuksköterskors erfarenheter; “nurses experience*” OR “nurses perception*” OR “healthcare professionals*”. I tredje sökblocket - kommunikation, valdes orden “communication*” OR “conversations*” OR “talk*” OR “discuss*”. Fjärde blocket handlade om palliativ vård; “terminal care*” OR “end of life*” OR “palliative care*”. Alla fyra block söktes sedan tillsammans med AND.

Samma artiklar som senare valdes ut till resultatet återfanns i några fall både genom de breda och de smalare sökningarna i alla databaser. Samtliga sökningsmoment återges i Bilaga 1. Manuella sökningar kan genomföras vid en litteraturoversikt vilket gjordes i för ämnet relevanta artiklars referenslistor samt i ämneslitteraturs referenslistor (Forsberg & Wengström, 2016). När studier under en datainsamling inte längre tillför ny information eller samma studier återkommer, bedöms sökningarna ha uppnått datamättnad (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021). När datamättnad var uppnådd i den här litteraturstudien hade 21 artiklar identifierats som intressanta för det valda syftet.

Kvalitetsgranskning

Det är viktigt att granska en artikels kvalitet i kvalitativa studier för att öka ett resultats trovärdighet (Kristensson, 2014). Vid sökning i databaserna lästes samtliga artiklars titlar igenom och därefter lästes abstract i de artiklar som bedömdes kunna svara mot litteraturstudiens syfte och frågeställning. Det finns inte några regler för hur många artiklar som måste inkluderas utan det beror på område, att de är av god kvalitet samt är relevanta för det valda ämnet (Forsberg & Wengström, 2016). 21 artiklar valdes ut och lästes sedan igenom individuellt av båda författarna för att därefter diskuteras. Fyra artiklar exkluderades då innehållet vid närmare granskning inte stämde med syfte eller frågeställning. Ytterligare fem artiklar togs bort då deltagare från flera professioner deltog i studierna och det var svårt att tolka vilka av dem som uttryckte vad. De 12 resterande artiklarna representerade resultat från

Australien, Irland, Canada, Norge, Nya Zeeland, Sverige, Tyskland, Thailand samt USA och är i referenslistan markerade med *. Samtliga 12 artiklar är sammanställda i Bilaga 2. En granskningsmall utifrån Caldwell et al. (2011) användes för att bedöma och klassificera artiklarnas innehåll och kvalitet. Mallen består av 18 frågor som poängsätts. Poängsättningen kan antingen resultera i låg kvalitet, god kvalitet eller mycket god kvalitet på artiklarnas innehåll. Av de 12 artiklar som valdes att analyseras var tio av mycket god kvalitet, övriga två av god kvalitet. Granskningsmallens utformning och frågor återges i Bilaga 3.

Datanalys

Antaganden och tolkningar av en text kan bli olika beroende på vem som läser. Olika erfarenheter och personlig historia kan leda fram till skillnader och mångfald i uppfattningen av det skrivna. Att mångfalden i olika tolkningar kan påverkas av subjektiva uppfattningar kan leda till olika syn på en texts innehåll är viktigt att ta hänsyn till för att uppnå trovärdighet i en litteraturöversikt (Graneheim & Lundman, 2004). För att besvara syftet genomfördes en tematisk analys med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär att förutsättningslöst analysera texter som beskriver människors upplevelser av något (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Vid en tematisk analys identifieras och analyseras texten för att hitta mönster eller teman. Braun och Clarke (2006) har utformat en guide med sex olika steg för utförande av tematisk analys vilken har använts i den här litteraturöversikten.

Första steget var att lära känna texten genom att alla valda artiklars resultatdel lästes igenom flera gånger, först individuellt och senare tillsammans för att hitta så många gemensamma koder i texten som möjligt. I andra steget skapades flera tänkbara koder som skrevs ner på papper och senare i ett dokument på dator som båda författarna till den här litteraturöversikten hade tillgång till. Enligt Braun och Clarke (2006) är det bra att försöka hitta så många koder som möjligt för att kunna finna olika teman i en text. Koderna i dokumentet analyserades, vilket är det tredje steget för att identifiera teman. Dessa teman färgmarkerades med olika färger i dokumentet för att hålla reda på koderna, till exempel markerades "relationer" med röd text. I det fjärde steget lästes materialet om för att säkerställa att inga koder eller teman hade förbisetts eller behövde flyttas om. Diskussion kring vilka koder som passade i olika teman inleddes. Det ledde till att nya teman och underteman skapades eller flyttades om efter att ha diskuterats. I femte steget hade alla identifierade teman beskrivits och de sammanställdes till ett resultat vilket är det sjätte och sista steget i den tematiska analysen.

5 Forskningsetiska överväganden

Artiklarna som valdes ut till litteraturöversikten var etiskt godkända av en etisk kommitté eller där etiska överväganden hade gjorts. Det ska framgå att deltagare har gett sitt samtycke, att de deltagit frivilligt och har förstått syftet med studien (Polit & Beck, 2021). Etiska överväganden är till för att skydda människors integritet, självbestämmande och värden samt för att ingen ska komma till skada på grund av en studie (Kjellström, 2017; Polit & Beck, 2021). Det är viktigt att visa ärlighet och hederlighet i arbetet, att inte plagiera, fabricera eller förvanska någon annans arbete, resultat eller metod (Kjellström, 2017; Polit & Beck, 2021; Vetenskapsrådet, 2017). Ärlighet och hederlighet är viktiga grundvärden inom vetenskaplig forskning. Oredlighet som till exempel plagiering, det vill säga att avsiktligt tillskriva sig själv en text som publicerats av någon annan, är ett exempel på forskningsfusk (Kjellström, 2017). I den här litteraturstudien har strävan varit att vara tydlig med källhänvisningar samt att korrekt ange referenser på studiernas textinnehåll. En för Europa gemensam etisk kodex har utarbetats där juridiska, etiska och yrkesmässiga ansvarsförhållanden beskrivs genom fyra vägledande principer; tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvarighet (Vetenskapsrådet, 2022). För att uppnå trovärdighet i den här litteraturöversikten har kritisk granskning och reflektion över val av fakta för bakgrund, metodval, analysprocess genomgående gjorts av båda författarna. Det finns alltid en risk för bias vid tolkning av en text. Författarna till den här litteraturstudien har tolkat och analyserat texters betydelse och innebörd, både individuellt och gemensamt och diskussioner har förts tills samförstånd uppnåtts.

Förförståelse, det vill säga att ha teoretisk kunskap om och tidigare erfarenheter av ett ämne och hur det hanteras kan avgöra trovärdigheten i en kvalitativ litteraturöversikt. Det finns olika uppfattningar om huruvida tidigare kunskap och erfarenhet ska användas i ett arbete eller inte. Omedvetna tolkningar kan göras utifrån egna erfarenheter. Det motsatta, att istället använda sin förförståelse, kan leda till djupare förståelse och ny kunskap (Lundman & Hällgren Graneheim., 2017). Båda författarna till den här litteraturöversikten är sjuksköterskor med erfarenhet av palliativ vård och att möta patienter i livets slutskede. Samtal om respektives erfarenheter har förts under arbetets gång för att minska risken att egna uppfattningar eller åsikter skulle påverka tolkning eller analys av en text.

6 Resultat

Fem huvudteman identifierades under analysen. De var *Tid, Kommunikation, Existentiella tankar, andlighet och tro, Relationer* samt *Kunskap och Erfarenhet*. För varje huvudtema identifierades underteman. Samtliga huvudteman och underteman är sammanställda i tabellen nedan.

Teman	Underteman	Underteman	Underteman	Underteman
Tid	Att inte hinna	Att ge och ta tid	Att skylla på tidsbrist	
Kommunikation	Att våga samtala och kunna lyssna	Den ordlösa kommunikationen	Att dokumentera existentiella frågor	Att använda en checklista
Existentiella tankar, andlighet och tro	Samtal om Gud och tro	Andlighet	Sjuksköterskans existentiella tankar	Patienters existentiella tankar
Relationer	Sjuksköterskans relationer till patienten	Patienters relationer till närstående		
Kunskap och erfarenhet	Utbildning och kunskap	Erfarenhet att tala om det svåra		

TID

Att inte hinna

I flertalet av de artiklar som granskades beskrev sjuksköterskor tidsbrist som ett stort hinder för att inleda och föra existentiella samtal (Fay & OBoyle, 2019; Karlsson et al., 2017; Keall et al., 2014; Tornøe et al., 2015). Tidsbrist kunde innebära att det var svårt för sjuksköterskor att hinna sätta sig ned och samtala när fler patienter hade behov av hjälp. Tidsbrist kunde också uppstå när en patient remitterades för sent i sin sjukdom till en palliativ enhet.

Försämring av patienternas tillstånd kunde därefter ske fort vilket kunde leda till att de varken orkade eller kunde samtala (Fay & OBoyle, 2019; Keall et al., 2014). Sjuksköterskor upplevde att tiden till att föra samtal kunde vara otillräcklig. Att endast dela ut läkemedel och sedan lämna patienten ensam i sitt lidande ansågs inte tillräckligt (Karlsson et al., 2017).

Begränsad tid vid livets slut för att finna lindring i patientens existentiella smärta kunde väcka starka känslor hos sjuksköterskor. Att välja rätt behandling mot lidandet, att följa patientens pendlande mellan hopp och lidande krävde en beredskap hos sjuksköterskor att kunna fånga upp de bra eller de mindre bra stunderna, vilka kunde skifta fort (Karlsson et al., 2017). Det

var viktigt för sjuksköterskor att ha, ge och finna tid för att patienterna skulle kunna samtala om det de önskade (Fay & OBoyle, 2019; Tornøe et al., 2014).

Att ge och ta tid

Att vara närvarande och ge tid betonades av sjuksköterskor vara viktigt, det går inte att skynda på. Genom att ge tid gavs också patienten möjlighet att öppna upp och tala om sina tankar och sin oro (Fay & OBoyle, 2019). Sjuksköterskor återgav beskrivningar av att stanna upp, vara i stunden och ge patienten tid att säga något eller kanske inte prata alls. Medicinska göromål och omvårdnadsåtgärder kunde ta tid från att vara med patienten och frustration uttrycktes över att behöva säga "snart" eller "senare" (Minton et al., 2018).

Sjuksköterskor beskrev hur de utvecklade en känsla för att finna tillfällen att prata och lyssna, att läsa av patienten även under tiden de administrerade läkemedel eller vid omvårdnad (Tornøe et al., 2014). När sjuksköterskor gav tid tilläts patienten finna utrymme för att starta en dialog och välja samtalsämne (Minton et al., 2018).

Att skylla på tidsbrist

Sjuksköterskor kunde känna tvekan om att inleda samtal om existentiella frågor. Tidsbrist, underbemanning eller risken att bli avbruten spelade in. Det förekom även att sjuksköterskor använde dessa skäl för att undvika ämnet, tidsbristen blev en ursäkt för att de inte vågade eller inte ville gå in i rummet och möta patienten (Tornøe et al., 2015). Ibland kunde en sjuksköterska behöva en paus för att skydda sig själv från patientens lidande och kunde då be någon annan gå till patienten (Fay & OBoyle, 2019).

KOMMUNIKATION

Att våga samtala och kunna lyssna

Sjuksköterskor uttryckte att kommunikation var hjärtat i den andliga omvårdnaden (Walker & Waterworth, 2017). Vikten av att kunna känna av när patienten önskade samtala beskrevs (Hemberg och Bergdal, 2020; Tornøe et al., 2014). Sjuksköterskor kunde ha fingertoppskänsla i hur långt de vågade gå i ett samtal eller om de skulle vänta och komma tillbaka senare. Det upplevdes ibland som svårt att samtala när familjen eller andra kollegor var närvarande i samma rum (Keall et al., 2014). En god kommunikationsförmåga beskrevs vara viktig men även förmågan att kunna lyssna aktivt (Hemberg & Bergdahl, 2020; Keall et al., 2014). Det var viktigt att ge patienten sin fulla uppmärksamhet och att vara öppen och

ärlig och inte vara dömande som sjuksköterska. Sjuksköterskorna hade inte alla svar och det förväntade sig inte heller patienterna men de måste ges möjlighet att få uttrycka sina tankar (Keall et al., 2014). Det ansågs vara viktigt att inte manipulera eller styra samtalen utan låta patienterna tala om det de önskade. Det kunde ske genom att sjuksköterskor förde en öppen kommunikation, ställde öppna frågor, var empatiska och försökte sätta ord på det som patienterna kände (Minton et al., 2018; Pfeiffer et al., 2014). Om sjuksköterskor behövde styra samtalen så gjorde de det för patienternas skull. Men det ansågs vara viktigt att vara öppen, flexibel och att vara där patienterna befann sig just då. Ibland kunde det räcka med ett litet försök att samtala om vad som helst (Pfeiffer et al., 2014). Sjuksköterskor beskrev svårigheter att kommunicera när patienter inte orkade mer, inte förmådde sätta ord på sin själsliga oro. Försämrad och minskad kommunikation i döendefasen menade sjuksköterskor var oundviklig då patienten många gånger i det skedet inte gagnades av psykologiskt stöd eller var oförmögen att prata (Fay & OBoyle, 2019). Ibland ställdes olika frågor för att öppna upp för samtal, det kunde vara frågor som vilka drömmar, förhoppningar eller önskningar patienten hade (Keall et al., 2014). Sjuksköterskor kunde fungera som medlare för att hjälpa närstående och patienter att samtala med varandra, att komma närmare varandra och förstå varandra bättre (Hemberg & Bergdahl, 2020; Tornøe et al., 2014; Tornøe et al., 2015).

Den ordlösa kommunikationen

Den ordlösa kommunikationen kunde av sjuksköterskor upplevas som svår men ibland den enda rätta (Tornøe et al., 2014; Walker & Waterworth, 2017; Wittenberg et al., 2017). Det ansågs vara bra att inte bara fånga upp det som uttrycktes utan även det som inte uttrycktes (Minton et al., 2018). Det var inte absolut nödvändigt att ha alla svar, det viktiga var att lyssna på patienten och vara fullständigt närvarande (Keall et al., 2014). Att vara nära, sitta intill, hålla en hand och bara vara med patienten upplevdes som värdefullt och givande (Tornøe et al., 2014; Walker & Waterworth, 2017; Wittenberg et al., 2017). Sjuksköterskor ansåg det vara viktigt att kunna vara närvarande i tystnaden, att det även genom tystnad kunde förmedlas stöd, engagemang och empati (Fay & OBoyle, 2019). När görandet lämnades och sjuksköterskor istället stannade upp och bara var med patienten upplevde de en stark lindrande effekt på patientens mående ((Tornøe et al., 2014). Sjuksköterskor beskrev närvaro som en form av existentiell omsorg, den ansågs bidra med trygghet, förmedla vänlighet och fördjupade relationen mellan sjuksköterska och patient (Walker & Waterworth, 2017). Beröring kunde förmedla förståelse, medkänsla, kärlek och inge styrka och trygghet. Den

kunde ses som en förlängning av sjuksköterskans omsorg, vänlighet och engagemang (Walker & Waterworth, 2017). Känsla av lugn och närhet kunde också förmedlas genom sjuksköterskors kroppsspråk (Keall et al., 2014). Även genom patientens kroppsspråk fanns möjlighet att läsa av situation och känslöstämning (Tornøe et al., 2014). Det upplevdes av sjuksköterskor vara lika viktigt att utöver medvetenheten om patientens kroppsspråk även reflektera över sitt eget, att tänka på hur de satt i rummet eller vilket ansiktsuttryck de hade när de mötte patienten (Keall et al., 2014). Kommunikation genom tystnad kunde göra en del sjuksköterskor obekväma, andra lät tystnaden tala och var bara närvarande. Stunden kunde ge sjuksköterskorna själva tid för självreflektion och personlig förändring (Minton et al., 2018).

Att dokumentera existentiella frågor

I ett fåtal av studierna framkom reflektioner och tankar från sjuksköterskor om dokumentation av existentiella frågor. Osäkerhet om vad och hur det skulle skrivas, en uppfattning om att det var sekretessbelagt och inte skulle dokumenteras uttrycktes. Det fanns en frustration bland sjuksköterskor när det inte fanns med i journalen, då det ansågs vara väsentligt att hela vårdteamet kände till hur patienten mådde och tänkte, både själsligt och existentiellt. Sjuksköterskor kunde uppleva att det var betydligt lättare att dokumentera fysiska symtom och om medicinerna hade hjälpt än om de existentiella frågorna. De flesta sjuksköterskor som dokumenterade om existentiella frågor skrev endast att dessa samtal hölls men inte i detalj vad som sagts (Keall et al., 2014). Ibland kunde dokumentationen vara påbörjad men inte avslutad, sjuksköterskor skyllde på tidsbrist och att de inte hade orden för den själsliga omvårdnaden, att den inte hade något värde eller att ingen läste den ändå. När dokumentationen väl användes, kunde den vara till hjälp för att utvärdera om patienten mådde bättre eller sämre eller om andra yrkesgrupper behövde involveras för att ge ett bättre stöd (Walker & Waterworth, 2017).

Att använda en checklista

Det förekom blandade uppfattningar bland sjuksköterskor avseende användandet av frågeformulär och checklistor för att mäta existentiellt mående. I en studie framkom att endast en av de deltagande sjuksköterskorna använde sig av ett särskilt bedömningsinstrument (Walker & Waterworth, 2017). Övriga deltagare kände inte alls till om det fanns någon på deras vårdavdelningar. Den sjuksköterska som var bekant med att använda sig av checklista för att mäta och fånga upp existentiellt mående var orolig över att den kunde bidra till att

avhumanisera patienten, förvirra eller ge intryck av ointresse från sjuksköterskans sida. Det fanns en uppfattning att instrument som värderade existentiellt mående inte skulle användas som någon form av guide utan som ett sätt att etablera kontakt. Användandet av den kunde visa patienterna att sjuksköterskorna var intresserade av deras tankar om det spirituella (Walker & Waterworth, 2017). Det framkom också att sjuksköterskor tyckte det var svårt att mäta existentiella problem på en skala eller genom att sätta en siffra, de upplevde att det var enklare att mäta fysiska symtom (Keall et al., 2014).

EXISTENTIELLA TANKAR, ANDLIGHET OCH TRO

Samtal om Gud och tro

Sjuksköterskor beskrev värdet av att ge själsligt stöd och att hjälpa patienter utöva sin tro, till exempel genom att be eller att få tala om sin relation till Gud, sjunga psalmer eller läsa i bibeln, oavsett om de själva var troende eller inte (Pfeiffer et al., 2014; Tornøe et al., 2014; Tornøe et al., 2015; Walker & Waterworth, 2017; Wisesrith et al., 2021; Wittenberg et al., 2017). Ibland räckte det att endast ställa frågan om patienterna önskade att träffa en präst eller en kurator. Många gånger upplevde sjuksköterskor att existentiella frågor och lidande uppkom på kvällar och nätter när inte en kurator eller en präst var i tjänst. Det hade underlättat om det funnits någon att kontakta på samma vis som en läkare kontaktas på jourtid (Walker & Waterworth, 2017). Sjuksköterskor kunde känna att det var svårt om de själva inte var troende. Patienter kunde då ibland remitteras till en präst eller en imam (Tornøe et al., 2014). Ständiga funderingar om religion och en stark tro hos patienten kunde öka den emotionella smärtan (Fay & OBoyle, 2019). En del patienter uttryckte skuld känslor eller kände rädsla för att sjukdomen var Guds sätt att straffa dem på. De kunde också reagera med ilska mot Gud för att de hade fått cancer. Sjuksköterskorna underströk betydelsen av att möta patienten i samtal om Gud och religionsfrågor, att vara i stunden, vara stödjande och inte dömande. Det var viktigt att engagera sig i de samtalen i livets slutskede när så behövdes (Wittenberg et al., 2017). Målet för flera av sjuksköterskorna var att hjälpa patienter att växa i andlig mening eller att lära känna Gud. Frågan kunde ställas till patienter om de var troende eller vilken religiös tillhörighet de hade (Pfeiffer et al., 2014). För en del sjuksköterskor kunde patienternas tro stärka deras egen tro framför allt om de hade samma religionstillhörighet (Wittenberg et al., 2017).

Andlighet

I studien utförd av Pfeiffer et al. (2014) var samtliga deltagande sjuksköterskor kristna och starka i sin gudstro. Deras definition på andlighet och andlig vård var att det berörde religion och att be tillsammans med patienten. När sjuksköterskorna ombads definiera andlighet mer specifikt framkom beskrivningar som något bortanför det fysiska, en medveten relation, att kunna förmedla hopp, ge mening och uppfylla andra själsliga behov. Andlig omvårdnad ansågs vara integrerad i den övriga omvårdnaden (Pfeiffer et al., 2014). Sjuksköterskor beskrev att genom att medvetandegöra och osjälviskt träda in i patientens sfär och vara i stunden kunde samtal om meningsfulla existentiella frågor växa fram (Minton et al., 2018). Många sjuksköterskor kände oro och osäkerhet när det kom till att erbjuda andlig och existentiell omsorg och upplevde att de inte kunde lindra döende patienternas oro vilket ledde till känsla av hjälplöshet eller att vara otillräcklig (Tornøe et al., 2015). Andlig och själslig omvårdnad kunde ges genom hopp och att få känna mening (Wisegrith et al., 2021). Att känna mening kunde vara att höra en speciell sång eller uttrycka önskan att återse en familjemedlem (Wittenberg et al., 2017). Sjuksköterskor utövade ofta andlig omsorg genom att bemöta patienters och närståendes ilska, rädslor, själsliga kriser eller tvivel. Det kunde leda till positiva erfarenheter av omvårdnaden (Wittenberg et al., 2017). Att se det unika hos varje patient som befann sig i livets slut beskrevs av sjuksköterskor som värdefullt (Wisegrith et al., 2021). Det kunde vara svårt att identifiera den andliga smärtan och oron. Sjuksköterskor beskrev den som individuell, den kunde variera i svårighetsgrad eller intensitet. Fysiska symtom kunde egentligen vara ett uttryck för själsliga vilket kunde leda till att dessa inte uppmärksammades eller förstods. Att ge själslig omvårdnad beskrevs också kunna ske genom att visa kärlek och medkänsla för människor. I de andliga samtalen ansågs även förberedande inför döden, livet efter detta eller planering av en begravning kunna ingå (Walker & Waterworth, 2017).

Sjuksköterskors existentiella tankar

Många tankar och känslor framkom i artiklarna, sjuksköterskor upplevde att det var både utmanande och krävande med svåra samtal. Sjuksköterskor kunde känna sig dränerade på energi, trötta och tomma (Tornøe et al., 2015). De kunde känna sig otillräckliga, maktlösa, osäkra och rädda. Rädda för att säga och göra fel i en situation eller att ett symptom maskerade det existentiella lidandet (Keall et al., 2014). Det var svårt för sjuksköterskor att se på när någon led. Men även vikten av att hjälpa patienten att ta vara på livet och göra det bästa av

den tiden som var kvar beskrevs (Tornøe et al., 2014). Att inte kunna hjälpa någon kunde leda till frustration och känslor av misslyckande hos sjuksköterskor (Fay & OBoyle, 2019). Egna tankar på döden, tidigare sorger och val kunde dyka upp (Fay & OBoyle, 2019; Vachon et al., 2012). Att inte kunna hjälpa kunde också ge skuld-känslor (Karlsson et al., 2017). Men sjuksköterskor kunde även känna sig nöjda med sitt arbete, som när de hade kunnat symtomlindra patienten (Fay & OBoyle, 2019). De kunde också känna sig nöjda när de hade kunnat trösta en döende patient samt när patienten dog fridfullt (Tornøe et al., 2015). Det var lätt för sjuksköterskor att identifiera sig med en patient och bli berörd av dessa möten (Tornøe et al., 2014; Tornøe et al., 2015). Ledsamhet och sorg uttrycktes genom den utmaning sjuksköterskorna ställdes inför i mötet med patienternas existentiella kriser (Fay & OBoyle., 2019). I flera av artiklarna beskrevs sjuksköterskors reflektioner över sina egna existentiella tankar, inställning till döden och hur de använde sina erfarenheter i mötet med patienterna (Hemberg & Bergdahl., 2020; Karlsson et al., 2017; Vachon et al., 2012; Walker & Waterworth, 2017). Genom att sjuksköterskor möjliggjorde djupare samtal om döden, försökte uppfylla patientens önskemål, svara på frågor och ingjuta trygghet, kunde hopp och mening uppnås. Sjuksköterskor kunde också dela med sig av egna erfarenheter och tankar (Hemberg & Bergdahl, 2020). Det upplevdes många gånger vara en utmaning att balansera mellan sin roll som sjuksköterska och som medmänniska och det kunde vara svårt att hålla tillbaka sina känslor ibland, speciellt i en patients hemmiljö (Karlsson et al., 2017).

Patients existentiella tankar

Patients kunde uttrycka rädslor och tankar inför en förestående död. Genom att sjuksköterskor bejakade det patienterna kände kunde oron lindras vilket kunde leda till acceptans (Tornøe et al., 2015; Walker & Waterworth, 2017). Det var också viktigt att uppmuntra patienterna att leva fullt ut och att få samtala om livet, inte bara om döden (Tornøe et al., 2014; Tornøe et al., 2015; Vachon et al., 2012). Sjuksköterskor strävade efter att förstå vilka copingstrategier patienter använt sig av tidigare i livet. Genom att identifiera vilka, kunde patienterna använda sig av dessa som stöd och hjälp för att minska emotionell smärta och oro (Fay & OBoyle, 2019). Samtalsterapi, musik, naturen eller kontakt med en präst nämns som exempel på de copingstrategier som framkom i studien. Många patienter som var yngre, mer religiösa samt hade inga eller svaga copingstrategier ansågs vara mer benägna till att ha existentiella bekymmer (Fay & OBoyle, 2019). Det var viktigt för sjuksköterskor att ta reda på vad en patient ansåg vara värdefullt för att förstå dem bättre. Den själsliga smärtan kunde lindras genom att sjuksköterskor bistod och stöttade patienter som sörjde konflikter,

kände skuld eller oro för någon älskad (Wiserith et al., 2021). I livets slutskede kunde minnen och tankar om tidigare sorger och begravningar väckas hos patienten. Sjuksköterskor beskrev att de upplevde att de patienter som fick stöd att samtala om det tycktes dö mer fridfullt än de som höll allt inom sig (Tornøe et al., 2014). Det ansågs vara viktigt att inte tvinga fram samtal och att respektera patienter som inte ville samtala med någon (Tornøe et al., 2014; Tornøe et al., 2015).

RELATIONER

Sjuksköterskors relationer till patienten

För att en patient skulle dela med sig av sina innersta tankar var det viktigt för sjuksköterskor att skapa en nära relation. Det kunde göras på olika sätt, genom tillit, genom att inge förtroende och att vara närvarande (Fay & OBoyle, 2019; Hemberg & Bergdahl, 2020; Keall et al., 2014; Minton et al., 2017; Tornøe et al., 2015; Walker & Waterworth, 2017; Wiserith et al., 2021; Wittenberg et al., 2017). Det fanns enligt sjuksköterskor ett tydligt samband mellan dessa tre för att kunna samtala med patienter på en djupare nivå (Keall et al., 2014). Humor kunde användas för att skapa band eller för att lindra lidande, den kunde vara viktig och möjliggöra för patient och sjuksköterska att tala om svåra ämnen. Men det var viktigt att förstå att det fanns situationer eller tillfällen då humor inte passade, den måste alltid användas på patientens villkor (Hemberg & Bergdahl, 2020). Sjuksköterskor beskrev att tillit kunde skapas genom samhörighet och gemenskap (Fay & OBoyle, 2019; Wittenberg et al., 2017). Det var även viktigt att försöka skapa en lugn och trygg miljö runt patienten (Hemberg & Bergdahl, 2020; Karlsson et al., 2017; Pfeiffer et al., 2014; Walker & Waterworth, 2017). Att våga använda sig själv och inte bara arbeta mekaniskt var också en uppfattning hos en del sjuksköterskor (Tornøe et al., 2014). Sjuksköterskor behövde våga vara kvar i det svåra, i patientens lidande och inte överge (Minton et al., 2018; Tornøe et al., 2015; Walker & Waterworth, 2017). Ibland kunde det förekomma svårigheter i relationerna mellan sjuksköterska och patient, framförallt när vårdtiden var för kort. En nära relation mellan patient och sjuksköterska kunde leda till en mer fridfull död (Fay & OBoyle, 2019).

Patienters relationer till närstående

Det framkom att inte bara patienter men även närstående hade olika sätt att hantera en svår situation. De försökte skydda varandra från smärtan att någon ska dö och lämna dem (Tornøe et al., 2014). Sjuksköterskor kunde hjälpa patienten att bygga relationer till eller att försonas

med sin familj (Hemberg & Bergdahl, 2020; Tornøe et al., 2015). I en del familjerelationer kunde glädje och tacksamhet uttryckas liksom sorg och smärta, andra familjer klarade inte att dela dessa känslor. Då kunde sjuksköterskan stödja och hjälpa både patient och närstående att klara av att dela sorg, ta avsked eller försonas (Tornøe et al., 2015). Olösta svåra livshändelser som att ha blivit lämnad, elakt bemött, eller att ha förlorat någon kunde väcka oro och ångest hos patienter. Ilska, utåtagerande och svårigheter att samla ihop sina tankar beskrevs som vanligt förekommande hos många patienter liksom frustration och en tendens till att dra sig tillbaka från sina närstående (Fay & OBoyle, 2019). Sjuksköterskor beskrev även de svårigheter som kunde uppstå när de märkte att patienten inte ville prata lika öppet eller hindrades att prata när en närstående var med (Keall et al., (2014). Det hände att patienten ville dölja nära förestående död, sjuksköterskan kunde då verka för att patienten skulle vara öppen mot sina närstående och tog initiativ till att familjen kunde mötas för att prata (Tornøe et al., 2015).

KUNSKAP OCH ERFARENHET

Utbildning och kunskap

Det uttrycktes ett behov för att vidareutbilda sjuksköterskor inom ämnet existentiella och andliga frågor. Sjuksköterskor beskrev att de mött andra sjuksköterskor som känt motvilja att ta sig an djupare och känsligare samtal då de saknade kunskap och utbildning. Att vara utbildad i att hålla samtal samt att ha arbetat en längre tid kunde leda till en större säkerhet. En del sjuksköterskor hade genom sin arbetsplats eller på eget initiativ genomgått kurser om självkännedom eller sorgearbete och de upplevde att de hade förbättrat sin förmåga att kommunicera och möta patienten i samtal (Keall et al., 2014).

Erfarenhet av att tala om det svåra

Sjuksköterskor beskrev hur de i början av sin yrkeskarriär kunde känna sig obekväma och osäkra när det kom till att tala om känsliga saker. Men med åren kom erfarenheten och med den självförtroendet. De hade med tiden utvecklat förmåga och intuition för hur och när ett samtal var lämpligt att inleda. Mer erfarna sjuksköterskor beskrev hur de yngre med mindre erfarenhet och kunskap undvek och var ovilliga att tala om svåra ämnen med patienterna (Keall et al., 2014). Sjuksköterskans förmåga att kunna känna in ögonblicket när patienten ville prata var väsentligt och viktigt. Vidare framkom det att mer erfarna och äldre sjuksköterskor var mer rustade för att möta existentiell smärta och oro hos patienterna än

yngre och oerfarna kollegor. De hade arbetat längre och hade mer livserfarenhet både privat samt inom sin profession (Tornøe et al., 2015). Erfarna sjuksköterskor kunde till exempel uppmärksamma att det som gav uttryck i form av smärta egentligen kunde röra sig om underliggande existentiell och själslig smärta (Tornøe et al., 2014; Walker & Waterworth, 2017).

7 Diskussion

Metoddiskussion

En systematisk litteraturoversikt är ofta mycket omfattande och rikt på material då all tillgänglig forskning sammanställs utifrån frågeställningen (Polit & Beck, 2021). I den här studien gjordes endast en övergripande litteraturoversikt men på ett strukturerat sätt då tiden för att söka och analysera relevant material var begränsad. Syftet med litteraturoversikten var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om existentiella frågor med patienter i livets slutskede, därför passade det bra att använda induktiv ansats. Det finns alltid en risk att förförståelsen hos författare omedvetet kan påverka ett resultat. Forsberg och Wengström (2016) menar att alla forskare och deltagare i kvalitativa studier kan påverka ett resultat på olika sätt. En litteraturoversikt påminner till viss del om en kvalitativ studie, risken för bias behöver reduceras så mycket som möjligt för att ge ett trovärdigt resultat. Reflektioner behövs göras för att medvetandegöra sin egen förförståelse och risken för bias kan också minskas när en litteraturoversikt görs av två eller fler författare, därigenom ökar objektiviteten (Polit & Beck, 2021). I den här litteraturoversikten har förförståelsen diskuterats, för att minimera riskerna för bias så mycket som möjligt.

Kvaliteten på en artikel kan variera och det är viktigt att granska artiklar för att få med så många som möjligt med god kvalitet. Det finns inga regler kring hur många artiklar som ska ingå utan det beror på kvalitet och innehåll (Forsberg & Wengström, 2016). Att bedöma när datamättnad är uppnådd kan vara svårt. Det kan även vara svårt att bestämma på vilken nivå datamättnad ska vara uppnådd (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Det går inte att utesluta att fortsatt sökning till den här litteraturoversikten hade kunnat leda fram till ytterligare datafynd. Genom att använda sig av en granskningsmodell kan artiklar av dålig kvalitet undvikas. I den här litteraturoversikten granskades utvalda artiklar utifrån en granskningsmodell framtagen av Caldwell et al. (2011). Granskade artiklar ökar trovärdigheten av resultatet. Enligt Forsberg och Wengström (2016) är det viktigt att ha med

artiklar av god kvalitet för att kunna dra slutsatser. Om ingen kvalitetsgranskning görs eller om för svaga studier inkluderas ökar risken för felaktiga slutsatser. De 12 artiklarna som finns med i litteraturöversiktens resultatdel bedömdes vara av mycket god kvalitet eller god kvalitet, det innebär att sammantaget styrker studiernas höga kvalitet trovärdigheten av resultatet i litteraturöversikten. Ursprungligen valdes 17 artiklar ut till resultatet men fem valdes bort på grund av att det fanns med olika yrkesgrupper i studien, bland annat undersköterskor. Det blev otydligt och svårt att tolka vems perspektiv som framkom, om det var sjuksköterskans eller undersköterskans. Att dessa fem exkluderades kan ha påverkat resultatet då de alla motsvarade syftet samt var av god kvalitet och mycket god kvalitet. De kunde ha styrkt resultatet än mer. Vissa av artiklarna som inte kom med i resultatet valdes istället att användas i resultatdiskussionen.

Tydliga kriterier är viktiga för att andra ska kunna göra om litteraturöversikten och få ett likartat resultat och slutsatser (Polit & Beck, 2021). I den här litteraturöversikten exkluderades minderåriga samt akuta sjukdomar och händelser. Ingen specifik plats där patienter vårdades på exkluderades eftersom patienter med palliativa vårdbehov kan finnas överallt där sjuksköterskor arbetar. Enligt Polit och Beck (2021) ska en litteraturöversikt vara reproducerbar. Litteraturöversikten är transparent vad gäller sökningar i databaserna. Alla sökningar, sökord och antal träffar samt antal lästa abstrakt och valda artiklar återfinns i Bilaga 1 och Bilaga 2. Det innebär att andra som önskar göra om litteraturöversikten troligen kommer att få likvärdigt resultat, möjligtvis med fler antal träffar och fler valda studier med tanke på att fler studier tillkommer och publiceras. Endast artiklar skrivna på engelska inkluderades eftersom det är ett språk som båda författarna talar och förstår. Enligt Polit och Beck (2021) är språket ett kriterium som är viktig att ha med. Att endast studier skrivna på engelska inkluderades kan ha medfört att studier motsvarande syftet men skrivna på andra språk kan ha missats. Då de flesta artiklar publiceras på engelska bedömdes risken som liten. Det kan också ha funnits en risk att ord kan ha feltolkats. Vissa ord översattes från engelska till svenska med hjälp av översättningsprogram vilket skulle kunna påverka det egna sammanställda resultatet. Vid svårtolkade situationer har detta stämts av med varandra för att risk för feltolkning skulle undvikas. Det är viktigt att resultat inte förvanskas, fabriceras eller plagieras (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2017). Det har eftersträvat genom tydliga referenser av litteraturstudiens textinnehåll. Studiernas innehåll har diskuterats och bedömts

kontinuerligt, både individuellt och gemensamt av författarna för att uppnå samförstånd avseende betydelsen av textens innehåll.

Det var värdefullt att tidsbegränsa en sökning för att få så aktuell forskning som möjligt eftersom en litteraturöversikt kan snabbt bli för gammal (Polit & Beck, 2021). Men därmed kan det finnas en risk att relevanta studier har förbisetts då författarna till den här litteraturöversikten valde att inkludera artiklar skrivna mellan 2010-2021. En tematisk analys efter en guide utformad av Braun och Clarke (2006) genomfördes för att hitta koder och teman. Det var tidskrävande att läsa artiklar samt att hitta olika koder i texter för att slutligen få in dem i olika teman. Människors upplevelser eller erfarenheter kan passa i flera olika teman eller kategorier (Lundman & Graneheim, 2017). Resultat kan påverkas av författarnas förförståelse av ett ämne, det kan i sin tur påverka trovärdigheten i det som framkom i resultatet (Lundman & Graneheim, 2017; Polit & Beck, 2021). Resultatet har vid flertalet tillfällen prövats och granskats av medstudenter. Som teoretiskt ramverk valdes Travelbees teori om mötet och samspelet mellan sjuksköterska och patient då teorin bedömdes passa in på syftet med litteraturöversikten. I den här litteraturstudien återfanns flera nutida forskares och författares samstämmiga synsätt med Travelbees vilket stärkte valet av teoretiskt ramverk.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom fem huvudteman vilka var *Tid, Kommunikation, Existentiella tankar, andlighet och tro, Relationer, Kunskap och Erfarenhet*. Brist på tid beskrevs i flera av artiklarna, både att det fanns risk att bli avbruten eller att det inte fanns tillräckligt med resurser. Ibland användes tidsbrist som en ursäkt att inte behöva samtala alls, till exempel om osäkerhet att föra existentiella samtal fanns hos sjuksköterskan eller om patienten upplevdes svår eller aggressiv. Studien av Ozanne et al. (2022) stärkte resultatet då sjuksköterskorna i studien kunde känna sig osäkra om patienterna ville samtala. De kunde uppleva att det var en förolämpning för patienterna om de startade ett samtal när sjuksköterskan inte hade tid att lyssna och det kunde anges som ett skäl till att undvika svåra samtal. Det kunde ibland kännas lättare att göra olika praktiska saker istället för att samtala om existentiella frågor. Att tid är värdefullt styrktes i studien av Bolmsjö et al. (2002). Det måste finnas tid till att möta patienters existentiella frågor och att lyssna på vad de har att säga. Även i studien av Alftberg et al. (2018) framkom att inte bara sjuksköterskor kan uppleva tidsbrist eller en hög

arbetsbelastning i arbetet. Det gällde även undersköterskor som många gånger är närmare patienterna än sjuksköterskorna. Om varken sjuksköterskor eller undersköterskor kan eller vill samtala med patienter på grund av tidsbrist eller hög arbetsbelastning kan det i värsta fall leda till att patienterna inte får samtala alls om existentiella frågor.

I resultatet beskrev sjuksköterskor svårigheten att hinna stanna upp och bara vara med patienten och ha tid att samtala då medicinska göromål och omvårdnad kunde uppta mycket tid. Det fanns även de sjuksköterskor som beskrev hur de lyckades finna just den tiden genom sin förmåga att finna tillfällena och läsa av när det var lämpligt att starta ett djupare samtal. Beskrivningarna styrktes i studien av James et al. (2010). Tidsbristen påverkade inte bara sjuksköterskors möte med patienten utan även möjligheten att tala med andra som behöver samtal, till exempel närstående, eller att ha tid att skapa en lugn och rofylld miljö. Att uppleva att inte hinna kunde skapa konflikt mellan vad sjuksköterskor kunde göra och vad de egentligen ville göra i en situation. Det var värdefullt att tid fanns för att göra även de små sakerna i livets slutskede, som att få håret ordnat (James et al., 2010).

Balansgången mellan att vara medmänniska och att vara i sin roll som sjuksköterska kunde vara svår att finna. Sjuksköterskor använde även sina egna erfarenheter och existentiella tankar som berörde livet och döden. Att våga använda sig själv öppnade inte bara upp för närmare relation till patienterna utan även till ökad självkänedom hos sjuksköterskorna själva. Den beskrivningen återkommer i Joyce Travelbees (2002) teori om mötet människa-till-människa. Det kan vara nära till hands att idag föreställa sig de tidiga tankegångarna som otidsenliga och omoderna. Men tvärtom kan Travelbee anses vara om inte pionjär, så i alla fall före sin tid. Hennes teorier, reflektioner och metoder är idag samstämmiga med flera nutida författares beskrivningar och studiers iakttagelser. Det går att finna samstämmigt synsätt idag med Travelbees idé och teori om mötet människa-till-människa. Axelsson (2016) beskriver en strävan efter att finnas för patienten, att lära sig läsa av och att vilja lyssna förbehållslöst och inte undvika de svåra ämnena. Det är en utmaning att våga samtala om svåra saker och att möta lidandet som många går igenom. Detta styrktes av Alvariza et al. (2019). Det beskrevs hur det kunde underlätta för patienten att sätta ord på tankar och känslor genom att sjuksköterskan var lyhörd, lyssnade och var närvarande utan att säga så mycket.

I resultatet i den här litteraturoversikten beskrev sjuksköterskor just osäkerheten och svårigheterna att identifiera och möta patientens alla känslor och oro i livets slutskede. Det

var viktigt att möta alla känslor patienten uttryckte och bekräfta dem. Det styrktes av Strang et al. (2001) som beskrev hur värdefullt det var att låta patienter få prata om sina tankar, det kunde ge hopp och hjälpa dem att acceptera den kommande döden. Även Hilding et al. (2018) och Lundvall et al., (2019) pekade på hur viktigt det var att skapa förtroende och en relation med patienten för att kunna ta del av dennes innersta tankar. Genom att lära känna patienten och patientens familj möjliggjordes större förutsättningar för en dialog. Ett annat sätt att lära känna patienterna och öppna upp för samtal kunde vara att sjuksköterskorna besökte patienterna regelbundet för symtomkontroll men också ha uppföljande samtal (Lundvall et al., 2019).

I litteraturöversikten ansåg flertalet sjuksköterskor att en god kommunikation var mycket viktig. De egenskaper som lyftes fram var bland annat att vara närvarande, vara ärlig, att lyssna aktivt och att inte styra utan låta patienten leda samtalet. Det kunde upplevas svårt när patienten var för dålig eller inte förmådde sätta ord på sina känslor eller tankar. Det var viktigt att ge stöd och en del av det kunde göras genom att lyssna när patienten ville prata. Liknande resultat framkom i studien av Hilding et al. (2018). Många sjuksköterskor var rädda för att göra fel, säga fel eller att inte kunna symtomlindra. De ifrågasatte sig själva och kände sig otillräckliga, att de inte gav tillräckligt bra vård. Även Alvariza et al. (2019) beskrev rädslan eller osäkerheten som sjuksköterskan, patienten eller närstående kunde känna, vilken kunde leda till att det blev tyst. Tystheten kunde komma från rädslan att göra fel eller att säga fel. Det pekar på hur viktigt det är med återhämtning, reflektion och tid till att diskutera med kollegor. Studien av James et al. (2010) styrkte också litteraturöversiktens resultat. De fann i sin studie att reflektion och diskussion kollegor emellan kunde förbättra vården för patienterna, fördjupa samarbetet samt öka förståelsen om sig själv och om andra. Sjuksköterskor kunde reflektera tillsammans med professionella handledare. Även studien av Ozanne et al., (2022) styrkte hur viktigt det var med stöd från kollegor, de gav varandra tid för diskussion. Sjuksköterskorna kunde även finna stöd från sjukhuskyrkan.

Reflektioner om patienters existentiella mående genom dokumentation beskrevs endast i ett par av de studier som ingick i den här litteraturöversikten. I de fall det nämndes var okunskapen och osäkerheten uttalad om vad som skulle dokumenteras, varför och hur. Det har inte varit lätt att finna artiklar som handlar om dokumentation angående existentiella frågor. I ett par artiklar beskrevs dokumentationen mer som brytpunktssamtal eller andra typer av svåra samtal, men det framkom att det var viktigt att dessa samtal hölls och

dokumenterades för att alla i teamet skulle veta (Rylander et al., 2018; Wallerstedt et al., 2019). Dokumentationen kunde ibland upplevas vara bristfällig, vårdpersonalen fick ibland gissa sig till vad som hade sagts. Vissa yrkesgrupper som undersköterskor var ofta inte med när dessa samtal hölls och fick kanske inte alltid information om vad som framkommit (Wallerstedt et al., 2019). I studien av Lundvall et al., (2019) framkom att det kunde vara bra att använda något bedömningsinstrument för att starta ett samtal eller för att ge patienten möjlighet att öppna upp för samtal. Vidare beskrevs hur viktigt det var att förbereda sig inför svåra samtal för att undvika misstag. Ett sätt att göra det var att läsa vad som dokumenterats i journalen tidigare.

Den ordlösa kommunikationen var viktig, att våga vara tyst, att bara sitta ned och hålla en hand. Den ordlösa kommunikationen kunde även ske genom beröring eller genom kroppsspråket, det senare kunde förmedla både positiva och negativa signaler, beroende på kroppshållning eller ansiktsmimik. Att negativa signaler kan påverka patienter styrktes av en tidigare studie av Strang et al. (2001). I studien upplevde patienter emellanåt att personalen var stressad och hade mycket att göra vilket kunde leda till att patienterna inte ville besvara med sina funderingar kring existentiella frågor. Detta framkom även i en senare studie av Chan et al. (2018). Patienter kunde se hur upptagna sjuksköterskorna var med olika uppgifter, hur hårt de verkade arbeta vilket inte var optimalt för en god kommunikation. Miljön på avdelningen samt brist på privat utrymme påverkade också kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten.

Att kunna vara istället för att göra framhöll Travelbee (2002) som en kännetecknande förmåga att kunna se det mänskliga bakom patienten. Samma egenskaper beskrivs även i nutid som värdefulla, att kunna lämna görandet och bara vara och ha modet att stanna kvar även när det blir svårt (Fay & OBoyle, 2019; Keall et al., 2014; Strang et al., 2014). Resultatet i den här litteraturstudien visade att det var viktigt för flera sjuksköterskor att lämna görandet och bara vara, ibland i tystnad. Det blev också tydligt att det var genom erfarenhet och kunskap som de egenskaperna ofta växte fram hos sjuksköterskor. De yngre med mindre erfarenhet saknade kunskap eller kunde uttrycka osäkerhet över hur de skulle bemöta patienter med existentiell smärta. Detta styrktes i studien av Ozanne et al (2022). Sjuksköterskor med mindre erfarenhet kunde känna sig mer osäkra. Mer erfarenhet och kunskap gjorde det lättare att samtala om existentiella frågor. En del kunde uppleva det som lättare när patienten själv öppnade upp.

Andra sjuksköterskor ville ge svar till patienten även om det egentligen var omöjligt och det bästa var att bara lyssna (Ozanne et al., 2022).

Travelbee betonade vikten av att kunna förstå och tolka patientens behov, önskemål och tankar. Hon skrev om sårbarheten som uppstår hos sjuksköterskor när de med öppenhet, självförståelse och självinsikt mötte en annan människa (Travelbee, 2002). I den här litteraturstudien framkom hur svårt det kunde vara att finna balansen mellan att vara medmänniska och sjuksköterska. Detta styrktes av Tornøe et al. (2015) och Strang et al. (2014) som beskrev den känslomässiga utmaning som sjuksköterskor kan uppleva i mötet med patienten vid livets slutskede och vikten av att kunna sätta sig in i patientens egna förhållningssätt till situation, sina känslor och sitt existentiella sammanhang. Även Johansson och Lindahl (2011) betonade vikten av att kunna hålla balansen mellan att vara nära och att hålla distans för att kunna förbli professionell. Det kunde kännas svårt att ha vårdat någon länge men utan att egentligen veta något om patienternas önskemål, hur och var de vill tillbringa sin sista tid (Browall et al., 2014). I en annan studie som ytterligare styrkte resultatet beskrevs hur sjuksköterskor kunde känna sig mer nöjda med sitt arbete när de utförde handlingar som gick i linje med vad de ville göra samt när de kunde möta patientens behov och önsknings (Udo et al., 2013). Patienter har olika behov beroende på sjukdom eller i vilken fas av sjukdomen de befinner sig i. Sjuksköterskor behöver ha förmåga att känna igen tecken på när patienten vill prata samt att lyssna på vad de har att säga. Ålder kan också påverka vilka behov som uppstår. Vi kan till exempel ha olika syn på livskvalitet och existentiella frågor beroende på var i livet vi befinner oss (Bolmsjö et al., 2002).

Att möta en svårt sjuk människa som snart kunde dö väckte hos flera sjuksköterskor tankar om sin egen död och egna existentiella tankar. En del var trygga med sin egen inställning till döden, till Gud och sina inre känslor, andra uttryckte osäkerhet eller saknade kunskap och erfarenhet. I resultatet framkom det att sjuksköterskor bad tillsammans med sina patienter. Enligt sjuksköterskors etiska koder står det att sjuksköterskor ska respektera patientens olika trosuppfattningar (International Council of Nurses [ICN], 2022). Existentiella frågor kan vara svåra för vårdpersonal att hantera men dessa behov ska kunna tillgodoses på något sätt (Hench, 2021). Det kunde upplevas vara lika svårt att hantera och tillgodose patientens religiösa behov (Kang et al., 2020). Tidigare i Sverige fanns kyrkan som tog emot människors frågor angående det andliga och det existentiella, men idag är det inte lika självklart. Ibland kan det räcka att vårdpersonalen är närvarande, lyssnar på vad patienten har att säga men

också erbjuder kontakt med en präst eller andra religiösa företrädare om det behovet finns (Strang & Strang, 2012b). I resultatet till den här litteraturöversikten användes studier från olika delar av världen. Flera gemensamma nämnare kunde identifieras vilket pekar på en möjlig överförbarhet mellan olika sjuksköterskegrupper. I några av studierna hade sjuksköterskor en bred förankrad kristen tro, i en annan var de buddister. Det förekom även att sjuksköterskor inte hade någon tro alls. Beroende på vilken religion sjuksköterskorna tillhörde, eller om de inte hade någon tro alls, kan det ha påverkat deras syn och tankar kring andlighet, spiritualitet och frågor om Gud och tro. Resultatet kunde ha blivit annorlunda om ett annat trossamfund dominerat, som till exempel islam eller hinduism. Men enligt Anderson och De Souza (2021) växer andligheten inom alla människor när de närmar sig livets slut, även hos de som själva inte ansett sig ha några sådana känslor eller tankegångar. I studien beskrevs att sjuksköterskornas primära uppgift var att se till varje patients individuella behov oavsett trossamfund. En människas preferenser kunde inte bara tolkas utifrån etnicitet eller en religionstillhörighet. Att i livets slut få hjälp och stöd att uttrycka tankar, att få möjlighet att be eller att få tala med någon specifik person, kunde inge trygghet och hopp (Anderson & De Souza, 2021).

Tankar kring död och existentiella frågor är utmanande och är inte helt lätt att lära sig eller som lärare att lära ut till studenter (Lundh Hagelin et al., 2021). Studenters tidigare bakgrund, mognad, erfarenheter och kunskap påverkar på olika sätt. Det är viktigt att lära känna sig själv och sina styrkor och begränsningar. Det kan påbörjas under utbildningen genom lärande och diskussioner med varandra (Giske & Tone, 2012). Det kan vara enklare för sjuksköterskor som har arbetat några år att möta de svåra frågorna och reflektera över dessa. Att ha genomgått en utbildning kan även bidra till ökad förståelse kollegor emellan (Ozanne et al., 2022; Udo et al., 2013). Travelbee betonade varje enskild människas värde och att var och en av oss är oersättliga. Hon framhöll vikten av sjuksköterskans förmåga att sätta sig in och tolka den enskilda människans perspektiv och behov, att kunna se människan bakom patienten och värdesätta det unika. Det resonemanget kan jämföras med den tyngd som individanpassad och personcentrerad vård ges idag (Socialstyrelsen, 2018; Svensk sjuksköterskeförening, 2017; WHO, 2021).

8 Slutsats

Resultatet i litteraturöversikten visar på liknande erfarenheter hos sjuksköterskor runt om i världen som möter patienter i livets slutskede. Barriärer som tidsbrist, osäkerhet, egna rädslor samt okunskap avseende existentiella frågor och sammanhang framträder i flertalet artiklar, men även att erfarenhet, kunskap och kännedom om sina känslor och sin egen inställning till döden och döendet kan bidra till ökad trygghet och förmåga att närma sig det svåra. Det är viktigt att skapa förtroende och en relation med patienterna men även att ha tid spelar en stor roll för att ta del av deras tankar om de existentiella frågorna kring livet, döden och döendet. Att i mötet och samtalet lämna görandet och istället vara kan öppna upp för att se och förstå människan bakom patienten.

9 Kliniska implikationer

Att kunna föra meningsfulla samtal som berör svåra ämnen, däribland frågor om livet och döden, är ett ständigt lärande för sjuksköterskor som möter patienter som befinner sig i livets slutskede. Det är en egenskap som växer fram genom egna erfarenheter och med tiden ökade kunskaper. Genom att medvetandegöra både möjligheter och barriärer för samtal om existentiella frågor kan sjuksköterskor utveckla sina färdigheter och förmågor att kommunicera. Det kan ske genom regelbundna träffar på arbetsplatsen där det som upplevs svårt kan diskuteras. Temadagar kan vikas där existentiella frågor ges plats för reflektion och diskussion och där idéer för hur förutsättningar och förmåga att föra samtal om livet och döden kan förbättras. Inför dessa dagar kan den här litteraturöversikten ligga som grund och användas för reflektion och diskussion.

Flera egenskaper har framkommit i litteraturöversikten som kan leda till att det blir lättare att våga tala om svåra ämnen. Samtal som berör existentiella frågor kan hjälpa patienten att upptäcka och bli medveten om underliggande känslor, tankar och rädslor som väcks vid livets slut (Groebe et al., 2019). Sjuksköterskor kan träna på att utveckla sin förmåga att observera och tolka information, att vänta in, att veta när det är bra att vara tyst, att ha förmåga att leda ett samtal för att uppnå ett mål och att kunna värdera sin egen medverkan i samtalet. Sjuksköterskor är tränade i att lösa problem och utföra medicin-tekniska handlingar, att bara lyssna har inte alltid ansetts vara viktigt. Genom att lämna görandet och i stället bara vara och ha modet att stanna vid patientens sida även när det blir svårt kan sjuksköterskan möjliggöra

tillfällen för fördjupade samtal. Sjuksköterskor som kan visa omtanke och sympati kan lättare bygga en meningsfull relation medan likgiltighet, antipati och ointresse bidrar till det motsatta. Att reflektera över och våga dela med sig av egna erfarenheter och livsåskådning kan också bidra till en mer förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient. Det kan öppna för samtal om livet, döden och andra existentiella frågor patienten bär på.

Travelbee underströk varje enskild människas värde, att var och en av oss endast finns till en gång på jorden och därför är vi oersättliga. I mötet med den enskilde människan behöver sjuksköterskan vara ödmjuk och engagera sig och att engagera sig är att bli sårbar. Men sårbarheten kan också ge styrka att se verkligheten som den faktiskt är och ge kraft att vara en äkta människa i mötet med patienten (Travelbee, 2002). Travelbee, liksom flera nutida forskare och författare understryker värdet att närma sig patienten som medmänniska och att finna varandet bredvid görandet. Det är en god grund att börja med i samtalet om de existentiella frågorna vid mötet med patienten i livets slutskede.

10 Förslag till fortsatt forskning

Som den här litteraturöversikten visar är det flera olika reaktioner, sätt att hantera känslor och tankar som framträder. Oavsett om sjuksköterskor eller patienter har en religiös tro eller inte väcks existentiella frågor i livets slutskede. Exempel på hur sjuksköterskor med sin erfarenhet, kunskap och olika verktyg närmar sig och stöttar patienten beskrivs, hur de med olika medel försöker lindra sorgen och det själsliga lidandet hos patienten. Men flera barriärer blir också tydliga, som osäkerhet, egna rädslor inför döden, resurs- och tidsbrist samt brist på kunskap hos yngre oerfarna sjuksköterskor. Tillfällen för samtal om livet och döden kan gå förlorade på grund av att sjuksköterskor saknar tid, kunskap, mod, erfarenhet eller självkännedom. Det är värdefullt att fortsätta studera vilken erfarenhet sjuksköterskor har att tala om existentiella frågor, om livet och döden. Genom att identifiera vilka kunskaper som finns men även vilka hinder som kan förekomma kan det leda till att fler kan och vågar tala om det svåra.

Kommunikation inom vården är inte bara den verbala eller icke verbala. Lika viktig är den skriftliga där bland andra läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, kuratorer och sjukgymnaster kan och ska dokumentera patienters hälsotillstånd samt omvårdnadsåtgärder. Den skriftliga dokumentationen är en viktig informationskälla. Den skapar en kedja av

värdefull information som förmedlas mellan många olika personer och yrkeskategorier, ofta över dygnets alla timmar. Den är även en kedja som lätt kan brytas och bli svår att följa om inte korrekt eller tillräcklig information om patienterna förs in. Endast i ett fåtal av de granskade artiklarna framkom reflektioner om hur, varför och när det dokumenteras om patienters existentiella mående, tankar och känslor. Orsakerna som beskrivs är bland annat okunskap, osäkerhet, tidsbrist samt en uppfattning om att det inte finns något intresse att läsa det skrivna. Samtidigt lyfts vikten av att hela teamet behöver känna till patienters existentiella mående för att kunna möta upp med bästa möjliga vård och omsorg. Därför är det viktigt med vidare forskning om varför dokumentation om existentiella frågor är eftersatt trots att den anses vara nödvändig och värdefull.

11 Referensförteckning

* Artiklar som ingår i resultatet

Alftberg, Å., Ahlström, G., Nilsen, P., Behm, L., Sandgren, A., Benzein, E., Wallerstedt, B., & Rasmussen, B. (2018). Conversations about death and dying with older people: An ethnographic study in nursing homes. *Healthcare*. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020063>

Alvariza, A., Lindqvist, O., Öhlén, J., & Rasmussen, B. (2019). Omvårdnad i livets slut. I A.-K. Edberg., & H. Wijk. (Red). *Omvårdandens grunder - hälsa och ohälsa*. (ss. 709-745). Studentlitteratur.

Anderson, D., De Souza, J. (2021). The importance and meaning of prayer rituals at the end of life. *British Journal of Nursing*, 30(1), 34-39. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.1.34>

Arlebrink, J. (2012). *Existentiella frågor - inom vård och omsorg*. Studentlitteratur.

Axelsson, B., (2016). *Palliativ medicin i praktiken*. Studentlitteratur.

Axelsson, L., Randers, I., Lundh Hagelin, C., Jacobson., & Klang, B. (2012). Thoughts on death and dying when living with haemodialysis approaching end of life. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2149-59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04156.x>

Bergenholtz, H., Missel, M., & Timm, H. (2020). Talking about death and dying in a hospital setting - a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses. *BMC Palliative Care*, 19(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00675-1>

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing*. McGraw-Hill Education.

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

Blinderman, C. D., & Cherny, N. (2005). Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliative medicine*, 19(5), 371-80. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1038oa>

Bolmsjö, I., Hermerén, H., & Ingvar, C. (2002). Meeting existential needs in Palliative care – Who, When and Why. *Journal of Palliative care*, 18(3), 185-91. <https://doi.org/10.1177/082585910201800307>

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 604-618. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010>

Bovero, A., Gottardo, F., Botto, R., Tosi, C., Selvatico, M., & Torta, R. (2020). Definition of a Good Death, Attitudes Toward Death, and Feelings of Interconnectedness Among People Taking Care of Terminally ill Patients With Cancer: An Exploratory Study. *American Journal of hospice & palliative care*, 37(5):343-349 <https://doi.org/10.1177/1049909119883835>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2 77-10. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brighton, L. J., & Bristowe, K. (2016). Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate medical journal*, 92(1090), 466-70. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368>

Brodtkorb, K., Valen-Sendstad Skisland, A., Slettebo, Å., & Skaar, R. (2016). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/2057158516674836>

Browall, M., Hensch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 636-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today*, 31 (8), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

Chan, E.A., Wong, F., Cheung, M.Y., & Lam, W. (2018). Patients perceptions of their experiences with nurse-patients communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199183>

Dahlberg, K. (2013) Vårdande med livsvärlden som grund. I B. Andershed., B.-M. Ternstedt., & C. Håkanson (Red), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 117-127). Studentlitteratur.

*Fay, Z., & OBoyle, C. (2019). How specialist palliative care nurses identify patients with existential distress and manage their needs. *International journal of Palliative Nursing*, 25(5), 233-243. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.5.233>

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

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (Red). (3.uppl.). (ss. 141-152). Studentlitteratur.

Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll – anpassning och balans. I P. Strang., & B. Beck-Friis. *Palliativ medicin och vård*. (ss. 366-372). Liber.

Giske, T., & Cone, P.H. (2012). Opening up to learning spiritual care of patients: A grounded theory study of nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.0405.x>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.1001>

Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R., & Strupp, J. (2019). How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(8), 697-704. <https://doi.org/10.1177/1049909119836238>

Hagan, T., Xu, J., Lopez, R., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*, 61, 216-19. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>

*Hemberg, J., & Bergdahl, E. (2020). Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation. *Nursing ethics*, 27(4), 1012-1031. <https://doi.org/10.1177/0969733019874496>

Henoch, I. (2021). Personcentrerad omvårdnad med tillämpning inom palliativ vård. I A.-K, Edberg., A, Ehrenberg., H, W., & J, Öhlén. *Omvårdnad på avancerad nivå*. (Red). (2. uppl.) ss. 99-109. Studentlitteratur.

Hilding, U., Allvin, R., & Blomberg, K. (2018). Striving for a balance between leading and following the patient and family – nurses' strategies to facilitate the transition from life-prolonging care to palliative care: an interview study. *BMC Palliative Care* 17(1):55. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0311-7>

International Association for Hospice and Palliative Care. Palliative care definition (2019). Hämtad 24 oktober, 2021, från <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care>

International Council of Nurses [ICN]. Hämtad 13 mars 2022 från [icns etiska kod för sjuksköterskor 2017.pdf](https://www.icnurses.org/etiska-kod-for-sjukskoterskor-2017.pdf) (swenurse.se)

James, I., Andershed, B., Gustavsson, B., & Ternstedt, B.-M. (2010). Emotional knowing in nursing practice: In the encounter between life and death. *International Journal of qualitative studies on health and well-being*, 5(2), 1-15. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5367>

Johansson, K., & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinician Nursing*, 21(13-14), 2034-43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x>

Johnston, M. (2019). *Bioethics: A Nursing Perspective*. (7. uppl.). Elsevier.

Kang, K.-A., Chun, J., Young-Kim, H., & Kim, H.-Y. (2020). Hospice palliative care nurses perceptions of spiritual care and their spiritual care competence. A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15638>

*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. <https://doi.org/10.1017/s1478951516000468>

Kastbom, L., Milberg, A., & Karlsson, M. (2017). A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Supportive Care Cancer*, 25(3), 933-939.
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3483-9>

*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 (21-22), 3197-205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12566>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 57-80.). Studentlitteratur.

Kompetensbeskrivning Sjuksköterskan i Palliativ vård (2019). Hämtad 29 juli, 2021, från <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-palliativ-omvardnad>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 320-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.01.002>

Lundh Hagelin, C., Melin-Johansson, C., Ek, K., Henoch, I., Österlind, J., & Browall, M. (2021). Teaching about death and dying – A national mixed-methods survey of palliative care education provision in Swedish undergraduate nursing programmes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.13061>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen., & M. Granskär (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (ss. 219-234). Studentlitteratur.

Lundvall, M., Lindberg, E., Hörberg, U., Palmer, L., & Carlsson, G. (2019). Healthcare professionals lived experiences of conversations with young adults expressing existential concerns. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 896-905.
<https://doi.org/10.1111/scs.12612>

Maiko, S., Johns, S.A., Helft, P.R., Slaven., E.J., Cottingham, A.H., & Torke., A.M. (2019). Spiritual Experiences of Adults With Advanced Cancer in Outpatient Clinical Settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57 (3), 576-586.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.11.026>

Mazzarella, M. (2019). Berättelsen och den etiska känsligheten. I G. Silfverberg (Red.), *Nya vägar i vårdetiken*. (ss. 53-75).

Melin-Johansson, C., Odling, G., Axelsson, B., & Danielsson, E. (2008). The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*, 6(3), 31-8. <https://doi.org/10.1017/s1478951508000370>

Melin-Johansson, C., Sveen, J., Lövgren, M., & Udo, C. (2021). A third of dying patients do not have end-of-life discussions with a physician: A nationwide registry study. *Palliative & Supportive care*, 1-6 <https://doi.org/10.1017/S1478951521000973>

Milberg, A. (2012). Att vara svårt sjuk och döende. I P. Strang., & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (ss.138-143). Liber.

*Minton, M.E., Isaacson, M.J., Varilek, M.V., Stadick, J.L., & O'Connell-Persaud, S. (2018). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 173-81. <https://doi.org/10.1111/jocn.13867>

Moestrup, L., & Plog Hansen, H. (2015). Existential Concerns About Death: A Qualitative Study of Dying Patients in a Danish Hospice. *American Journal of Hospice and Palliative medicine*, 32(4), 427–36. <https://doi.org/10.1177/1049909114523828>

Ozanne, A., Henoch, I., Öhlén, J., Jakobsson-Larsson, B., & Melin-Johansson, C. (2022). Impact of an education program to facilitate nurses' discussions of existential issues in neurological care. *Palliative and Supportive care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001620>

*Pfeiffer, J.B., Gober, C., & Johnston Taylor, E. (2014). How Christian nurses converse with patients about spirituality. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2886-95. <https://doi.org/10.1111/jocn.12596>

Phillip, J., Collins, A., Brand, C., Moore, G., Lethborg, C., Sundararajan, V., Murphy, M., & Gold, M. (2014). I'm just waiting...": an exploration of the experience of living and dying with primary malignant glioma. *Support Cancer Care*, 22(2), 389-97. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1986-1>

Polit, D. F. & Beck, T. C. (2021). *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11. uppl.). Wolters Klusters.

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F, Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E.-C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., Harding, R., Khan, Q.-T., Larkin, P., Leng, M., Luyirika, E., Marston, J., Moine, S., Osman, H., Pettus, K., Puchaliski, C., Rajagopal, M.-R., Spence, D., Spruijt, O., Venkateswaran, C., Wee, B., Woodruff, R., Yong, J., & Pastrana, T (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Regionala cancercentrum i samverkan. (2021). *Nationellt vårdprogram palliativ vård*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/nationellt-varprogram-palliativ-var.pdf>

Rylander, A., Fredriksson, S., Stenvall, E., & Gustafsson, L-K. (2018). Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context. *Nordic Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/2057158518802564>

Sand, L., Olsson, M., & Strang, P. (2009). Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer. *Journal of Pain Symptom Manage*, 37(1), 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.01.013>

Sand, L., & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet – om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Natur och Kultur.

Sand, L., Strang, P., & Milberg, A. (2008). Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness. *Support Care Cancer*, 16(7), 853-62.
<https://doi.org/10.1007/s00520-007-0359-z>

Sherman, A., Simonton-Atchley, S., Mikeal, C., Anderson, K., Arnaoutakis, K., Hutchins, L., Makhoul, I., Mahmoud, F., Milojkovic, N., Harrington, S., & Suen, J. (2018). Cancer patients perspectives regarding preparedness for end of life care: A qualitative study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(4), 454-469. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1466845>

Socialstyrelsen. (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Jämlik hälsa., vård och omsorg*. Hämtad 7 februari, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/>

Strang, P. (2021). *Existentiella frågor hos äldre - en introduktion*. Vårdförlaget.

Strang, P., & Strang, S. (2012a). Existentiell smärta - ett sjukvårdsperspektiv. I P. Strang., & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (ss. 50-53). Liber.

Strang, S., & Strang, P. (2012b). Existentiella och andliga dimensioner inom vården. I P. Strang., & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (ss. 102-107). Liber.

Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B.-M. (2001). Existential support in brain tumor patients and their spouses. *Support Care Cancer* 9, 625-633. <https://doi.org/10.1007/s005200100258>

Strang, S., Ekberg-Jansson, A., & Henoch, I. (2013). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A quality, in-depth interview study. *Palliative and Supportive care*, 12(6), 465-72. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000369>

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death- nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology. Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of cancer*. 23(5), 562-8. <https://doi.org/10.1002/pon.3456>

Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain—an entity, a provocation, or a challenge? *Journal Of Pain And Symptom Management*, 27(3), 241-50. <https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2003.07.003>

Svenska Akademiens ordlista (SAOL). (2021). Hämtad 15 oktober, 2021, från <https://svenska.se/saol>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Ternestedt, B.-M. (2020). Döden i samhället. I B. Andershed., & B.-M. Ternestedt (Red.). *Palliativ vård - begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (ss-33-46). Studentlitteratur.

Thompson, G. N., Chochinov, H.M., Wilson, K.G., McPherson, C.J., Chary, S., O'Shea, F. M., Kuhl, D. R., Fainsinger, R.L., Gagnon, P. R., & Macmillan, K.A. (2009). Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer. *Journal of clinical oncology*, 27(34), 5757-62. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.22.9799>.

*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*, 13:25. <https://doi.org/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*, 14:62. Advance online publication. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0114-6>

Travelbee, J., (2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Munksgaard.

Tveit Sekse, R.J., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e21-e38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

Udo, C., Danielsson, E, Henoch, I., & Melin-Johansson, C. (2013). Surgical nurse's work-related stress when caring for severely ill and dying patients in cancer after participating in an educational intervention on existential issues. *European Journal of Oncology nursing*. 17(5):546-53. <https://doi.org.10.1016/j.ejon.2013.02.002>

*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. <http://dx.doi.org/10.1080/14780881003663424>

*Walker, H., & Waterworth, S. (2017). New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(1), 18-26. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.1.18>

Wallerstedt, B., Benzein, E., Schildmeijer, K., & Sandgren, A. (2019). What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 33(1), 77-84 <https://doi.org/10.1111/scs.12603>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad 23 oktober 2021 från <https://www.vr.se/sokresultat.html?query=God+forskningssed>

Vetenskapsrådet & Uppsala universitet. (u.å.). CODEX – regler och riktlinjer för forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 9 mars 2022 från <http://www.codex.vr.se/>

Wikström, O., & Strang, P. (2019). *Den ofrånkomliga gåtan - om döden och frågorna inför livets slut*. Libris bokförlag Stockholm.

*Wisarith, W., Soonthornchaiya, R., & Hain, D. (2021). Thai nurses' Experiences of Spiritual Care for Older Adults at End of Life. *Journal of hospice and palliative nursing*, 23(3), 286-292. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000748>

*Wittenberg, E., Ragan, S.L., & Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(6), 566-571. <https://doi.org/10.1177/1049909116641630>

World Health Organization. (2021). Palliative care. Hämtad 18 november 2021 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Bilaga 1 Sökmatrix

Databas	Kombination av sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
PubMed 14/11 2021	Nurses* AND Existential* AND Communication*	2011-2021 engelska all fields	35	9	4	3
Pubmed 4/12-2021	Nurses*AND experience*AND spiritual*OR existential*AND communication*	2011-2021 engelska, all fields	319	59	6	4
Pubmed 6/12-2021	“existential*” OR “attitude to death*” OR “spiritual*” AND “nurses experience*” OR “nurses perception*” OR “health care professional*” AND “communication*” OR “conversation*” OR “talk*” OR “discuss*” AND terminal care*” OR “end of life*” OR “palliative care*”	Artiklar mellan 2011- 2021 engelska all fields	90	28	5	4
Psychinfo 4/12-2021	Palliative care AND Existential AND Nurses	Artiklar mellan 2010– 2021 Peer review engelska	47	14	6	4
CINAHL 4/12-2021	Nurses AND Existential AND Attitudes AND End of life	Artiklar mellan 2010– 2021 Peer review engelska	18	8	4	3
Manuell sökning				2	2	2

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Fay, Z., & OBoyle, C.	How specialist palliative care nurses identify patients with existential distress and manage their needs	2019 Irland, <i>International Journal of Palliative Nursing</i>	Att ta reda på hur sjuksköterskor identifierar patienter med existentiell oro och hur de hanterar deras behov	Intervjuer Tematisk innehållsanalys	10 (0)	Sjuksköterskorna beskriver hur de identifierar patienternas existentiella smärta och ångest. Att vara närvarande, och ha god tid. Den egna smärtan och oron beskrivs	K/I
Hemberg, J., & Bergdahl, E.	Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation	2020 Finland <i>Nursing Ethics</i>	Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter att hantera etiska och existentiella frågor genom "samskapande" inom palliativ hemsjukvård i livets slut	Intervjuer med en hermeneutisk ansats, Tematisk Innehållsanalys	12 (0)	Djupa samskapande relationer är nödvändiga för att klara av etiska och existentiella frågor i livets slut	K/I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I=Mycket god kvalitet, II=God kvalitet, III=Låg kvalitet

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, datainsamling, analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Karlsson, M., Kasén, A., & Wärnå-Furu, C.	Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care	2017 Sverige <i>Palliative and Supportive care</i>	Syftet var att beskriva och få en djupare förståelse för vilka existentiella frågor sjuksköterskor ställer sig när de vårdar patienter i livets slutskede	Interjuver i fokusgrupper Hermeneutisk ansats	14 (0)	Sjuksköterskors egna existentiella frågor skiftade mellan ansvar och skuld känslor, mellan mod och rädsla, mellan hopp och förtvivlan, mellan vad som är rätt och fel	K/I
Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P.	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies	2014 Australien Australian <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Att ta reda på de möjligheter, barriärer och strategier sjuksköterskor identifierar hos patienter i livets slutskede	Induktiv ansats, tematisk innehållsanalys Både strukturerade och semistrukturerade intervjuer	20 (0)	Genom intervjuerna med sjuksköterskorna kunde både underlättande faktorer, barriärer samt strategier identifieras	K/I
Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L., & O'Connell-Persaud, S.	A Willingness to go there: Nurses and spiritual care	2017 USA <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Att beskriva sjuksköterskors kommunikationsstrategier vid andlig/ själslig vård i livets slutskede	Individuella Intervjuer Induktiv, tematisk innehållsanalys	10 (0)	Det primära identifierade temat var "förmågan att känna av", att vilja träda in i det okända, att ha förmåga att föra djupa samtal, oavsett vart de leder	K/II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I=Mycket god kvalitet, II=God kvalitet, III=Låg kvalitet

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, datainsamling analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Pfeiffer, J. B., Gober, C., & Johnston Taylor, E.	How Christian nurses converse with patients about spirituality	2014 USA <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Att beskriva hur kristna sjuksköterskor för samtal och ger spirituellt vård till patienter	Semistrukturerade intervjuer med tematisk analysmetod	14 (0)	Beskriver hur sjuksköterskor samtalar med patienter, skapar förtroende, bygger relationer, ger utrymme för spirituella/ andliga samtal	K/I
Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. Manuell sökning	The power of consoling persence-hospice nurses lived experience with spiritual and existential care for the dying	2014 Norge <i>BMC Nursing</i>	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter att lindra andligt/ själsligt och existentiellt lidande hos döende patienter	Individuella intervjuer Fenomenologisk och hermeneutisk metod Tematisk innehållsanalys	8 (0)	Fler teman kunde identifieras, bland annat Att lindra i tystna-den, att känna in andlig och existentiell stress, att kunna känna av atmosfären i rummet	K/I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I=Mycket god kvalitet, II=God kvalitet, III=Låg kvalitet

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, datainsamling, analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V.	The challenge of consolation: Nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study	2015 Norge <i>BMC Nursing</i>	Att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av andlig/ själslig och spirituellt omvårdnad av patienter vid livets slut	Individuella narrativa intervjuer Fenomenologisk, hermeneutisk analysmetod	6 (0)	Patienters andliga och existentiella lidande kan lindras genom sjuksköterskors stöd och hjälp till att finna tröst och acceptans	K/I
Vachon, M., Fillion L., & Achille, M.	Death Confrontation, Spiritual-Existential Experience and Caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis	2012 Canada <i>Qualitative research in psychology</i>	Att bättre förstå hur sjuk-sköterskor hanterar närheten till döden och ta reda på deras subjektiva andliga och existentiella erfarenheter	Semistrukturerade intervjuer, Tolkande fenomenologisk analys (IPA)	11 (0)	Sjuksköterskors positiva och negativa upplevelser i mötet med döden, existentiella funderingar och hur de hanterar det i omvårdnaden kunde identifieras	K/I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I=Mycket god kvalitet, II=God kvalitet, III=Låg kvalitet

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, datainsamling, analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Walker, H., Waterworth, S.	New Zealand Palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with lifelimiting illness	2017 Nya Zealand <i>International Journal of Palliative Nursing</i>	Att ta reda på sjuksköterskors Erfarenheter av att erbjuda andlig/ själslig vård till patienter i livets slutskede	Semistrukturerade intervjuer Tematisk innehålls-analys	9 (0)	Genom att fokusera på relationen med patienten som individ kan dennes andliga behov synliggöras	K/I
Wisethrit, W., Soonthornchaiya, R., & Hain, D.	Thai nurses' experiences of spiritual care for older adults at end of life	2021 Thailand <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i>	Att utforska sjuksköterskors erfarenheter av att erbjuda andlig/ själslig vård till äldre i livets slutskede	Diskussion i fokus-grupp Tematisk innehålls-analys	8 (0)	Fem teman identifierades Bland annat att uppmärksamma patienters andliga behov och att andlig vård kan ge mening i patientens liv	K/II
Wittenberg, E., Ragan, S. L. & Ferrell, B.	Exploring Nurse Communication About Spirituality	2017 USA <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i>	Att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera om andlighet/ själslighet och existentiella frågor	Enkät Tematisk Innehålls-analys	57 (0)	Tre kategorier identifierades; Att ta initiativ till samtal Att bemöta när ämnet tas upp Att dela med sig av egna tankar	K/I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I=Mycket god kvalitet, II=God kvalitet, III=Låg kvalitet

Bilaga 3. Kvalitetsgranskning.

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.
Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

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

Kvalitativ studie

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

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

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma område eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie). Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie).		
10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie). Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie).		
11. Är kontexten för studien beskrivet? (Kvantitativ studie). Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie).		

12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie). Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie).		
13. Är metoden för datainsamlingen valid och reliabel? (Kvantitativ studie). Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie).		
14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie). Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie).		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie).		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens svagheter, är diskussionen "objektiv"?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie). Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie).		
Totalt (max 36 poäng).		

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

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng