

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2018:81

Sjuksköterskors och undersköterskors upplevelse av att  
vårda den existentiella dimensionen hos vuxna patienter i  
palliativt skede.

En litteraturöversikt

Lankell, Louise  
Rådström, Lisa



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Sjuksköterskors och undersköterskors upplevelse av att vårda den existentiella dimensionen hos vuxna patienter i palliativt skede.  Registered nurses and enrolled nurses` experiences of providing care for the existential dimension in adult patients in palliative care.
Författare:	Louise Lankell Lisa Rådström
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning, GSJUK16v
Handledare:	Ida Gustafsson
Examinator:	Anders Jonsson

## Sammanfattning

Palliativ vård syftar till att möta dimensionerna kropp, själ och ande/existens hos patienter i palliativt skede och att lindra det lidande som kan uppkomma inom dimensionerna. Tidigare forskning visar att den andliga/existentiella dimensionen hos patienten är svårare att som vårdare möta än de kroppsliga och själsliga dimensionerna. De existentiella behoven hos patienter i palliativt skede riskerar därför att inte bli tillgodosedda. Sjuksköterskor och undersköterskor är de vårdare som oftast arbetar nära denna patientgrupp. Syftet med denna studie är därför att undersöka hur sjuksköterskor och undersköterskor upplever att vårda den existentiella dimensionen hos vuxna patienter i palliativt skede. Uppsatsen är en litteraturoversikt som baseras på 13 vetenskapliga artiklar som är analyserade efter Fribergs analysmodell. I vårt resultat presenteras de kategorier och underkategorier som har identifierats efter analys av litteraturen (se tabell 3). Huvudkategorier är; *känslor inför att möta det existentiella, ett berikande arbete, en känsla av otillräcklighet och upplevelsen av ansvar*. Resultatet visar att upplevelsen av att vårda den existentiella dimensionen kan vara både negativ och positiv. Faktorer som kan påverka upplevelsen är den egna kompetensen, vem som bär ansvaret för den existentiella vården, samt kulturella och religiösa skillnader mellan vårdare och patient. I diskussionen belyses att sjuksköterskor och undersköterskor riskerar att få psykosocial ohälsa av att ge existentiell vård om det inte finns förutsättningar för kompetensutveckling och stöd, samt förmåga att sätta gränser. Ytterligare aspekter som diskuteras är hur kulturen påverkar synen på existentiell vård och sjuksköterskans roll och ansvar att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede i relation till hållbar utveckling.

Nyckelord: *existentiella dimensionen, existens, sjuksköterska, undersköterska, upplevelse, palliativ vård, andlighet, holistisk vård*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Palliativ vård</b>	<b>1</b>
<b>Vårdteamets betydelse inom palliativ vård</b>	<b>3</b>
Sjuksköterskors ansvar och roll i den palliativa vården	3
Undersköterskors roll i den palliativa vården	4
<b>Existens</b>	<b>4</b>
<b>Människan som helhet</b>	<b>4</b>
<b>Definition av den existentiella dimensionen</b>	<b>5</b>
Religion	5
Andlighet	6
Existentialism	6
<b>Andlig/existentiell omvårdnad</b>	<b>6</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>7</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>DATAINSAMLING</b>	<b>8</b>
<b>DATAANALYS</b>	<b>10</b>
Kvalitetsgranskning	10
<b>RESULTAT</b>	<b>10</b>
<b>Känslor inför att möta det existentiella</b>	<b>11</b>
Rädsla	11
En känsla av motvilja	12
<b>Ett berikande arbete</b>	<b>12</b>
En känsla av tillfredsställelse	12
Personlig utveckling	12
<b>En känsla av otillräcklighet</b>	<b>13</b>
En upplevelse av kompetensbrist	13
Oförmåga att hjälpa	13
Att bli emotionellt dränerad	13
<b>Upplevelsen av ansvar</b>	<b>13</b>
En känsla av ansvar	13
En känsla av icke-ansvar	14
<b>DISKUSSION</b>	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>14</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>15</b>
<b>SLUTSATSER</b>	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>

<b><i>Bilagor</i></b> _____	<b>26</b>
<b>Bilaga 1. Sökhistorik</b> _____	<b>26</b>
<b>Bilaga 2. Översikt över analyserade artiklar</b> _____	<b>28</b>

# INLEDNING

Döden är en naturlig del av livet och den enskilda sjuksköterskan eller undersköterskan kommer i sin profession vårda patienter i livets slutskede. Sjuksköterskan och undersköterskan ska ha ett holistiskt synsätt och kunna se till patienten utifrån tre dimensioner; kropp, själ och ande/existens. Sjuksköterskan ska ha förmåga att bemöta, beakta och behandla de behov som uppstår i alla dimensionerna. Tidigare studier visar att sjuksköterskor och undersköterskor finner den andliga/existentiella dimensionen hos patienter svår att möta och vårda.

Palliativ vård är en vårdfilosofi som kräver specifik kunskap för att hjälpa människor med obotlig, livshotande sjukdom. Den palliativa vården ska lindra smärta och övriga symtom, samt erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd till patienter och närstående. Palliativ vård är en komplex process där samverkan mellan professioner är en förutsättning för att ge god vård och för att patienten ska känna välbefinnande till livets slut

Vi som har författat den här studien har under sjuksköterskeutbildningen på grundnivå vårdat patienter i ett palliativt skede och stundtals känt en osäkerhet i att vårda ur ett helhetsperspektiv. Att möta patienters tankar och känslor kring existentiella frågor som liv och död upplevs som något av det svåraste att möta och hantera i rollen som sjuksköterska. För vad svarar man på ”*varför blev just jag sjuk?*” eller ”*vad händer efter döden, tänk om inte den gud jag förlitat mig på finns?*”. Hur bemöter man en patient som känner skuld, skam och att sjukdomen är en bestraffning? Det finns inga raka svar på dessa frågor. När vi nådde denna insikt väcktes en fundering hos oss kring mötet med patienter i palliativt skede. Funderingen mynnade ut i en nyfikenhet kring hur sjuksköterskor och undersköterskor upplever denna vårdsituation. Vi vill ta reda hur sjuksköterskor och undersköterskor upplever att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede. Kunskapen kan bidra till ökat stöd och kompetensutveckling för vårdare samt ökad förståelse för den existentiella vårdens komplexitet.

## BAKGRUND

### Palliativ vård

I Sverige avled år 2010 drygt 90 000 personer, en siffra som varit konstant under 2010-talet. Bedömningen är att ungefär 80 % av dessa personer var i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen 2013, s.14). Palliativ vård ges till patienter med sjukdom som inte går att bota och som förväntas ha ett dödligt förlopp inom en begränsad tid. Målet med palliativ vård är att lindra de symtom som sjukdomsförloppet medför och att hjälpa patienten till en så god livskvalitet som möjligt (Kunskapsguiden 2016). Socialdepartementet (2015, ss. 55-56) har tagit fram fyra hörnstenar som den palliativa vården vilar på. Dessa hörnstenar utgår från människovärdesprincipen (Socialstyrelsen 2013, s 70) och World Health Organizations definition av palliativ vård (World Health Organization 2002) (se tabell 1). Socialstyrelsen (2013, s. 17) beskriver de fyra

hörnstenarna i palliativ vård; *Symtomlindring* i vid bemärkelse. Symtomlindringen innefattar såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov. *Samarbete* av ett mångprofessionellt arbetslag. *Kommunikation och relation* i syfte att främja patientens livskvalitet, vilket innebär en god inbördes kommunikation och relation inom och mellan arbetslag och i förhållande till patienten och dennes närstående. *Stöd till de närstående* under sjukdomen och efter dödsfallet.

**Tabell 1.**

### **Människovärdesprincipen**

Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, såsom begåvning, social ställning, inkomst, hälsotillstånd och ålder (Socialstyrelsen 2013, s 70).

### **WHO:s definition av palliativ vård**

- ❖ lindra smärta och andra plågsamma symptom
- ❖ bekräfta livet och betrakta döden som en naturlig process
- ❖ inte påskynda eller fördröja döden
- ❖ integrera de psykosociala och andliga aspekterna av patientvården
- ❖ stödja patienten i att leva så aktivt som möjligt fram till döden
- ❖ stödja de närstående under patientens sjukdom och i deras sorgearbete
- ❖ genom ett tvärprofessionellt förhållningssätt inrikta sig på patientens och de närståendes behov
- ❖ främja livskvalitet som kan påverka sjukdomsförloppet positivt
- ❖ palliativ vård ska vara tillämplig i ett tidigt sjukdomsskede, tillsammans med andra terapier som syftar till att förlänga livet, såsom kemoterapi och strålning, samt även de undersökningar som behövs för att bättre förstå och ta hand om plågsamma kliniska komplikationer (World Health Organization 2002).

Regionala cancercentrum i samverkan (2016) har tagit fram ett vårdprogram för palliativ vård. Programmet är uppdelat utifrån sex meningsbärande begrepp som alla börjar på "S", därför kallas vårdprogrammet för "de 6 S:n". I arbetet med dessa begrepp behöver invanda tankemönster brytas när man som vårdare och patient går från kurativ till palliativ vård. Vården behöver personcentreras och patientens ställning stärkas. Förhållningssättet används i flera olika delar av vården, även vid dokumentation och vårdplanering. De "6 S:n" utgörs av *självbild*; utifrån vad patienten har för behov och önsknings bevara patientens positiva självbild i så stor utsträckning som möjligt. *Självbestämmande*; patienten ska ha fortsatt självbestämmande och självständighet i sin vardag. Denna självständighet ska bevaras efter patientens egna behov och önsknings. *Sociala relationer*; relationer som är av vikt för patienten ska utefter patientens behov och önsknings främjas hela livet ut. *Symtomlindring*; patienten ska ges möjligheter till så god symtomlindring som möjligt utefter patientens egna förutsättningar och önskemål. *Sammanhang*; en känsla av sammanhang ska främjas utifrån patientens

behov och önskemål. Det sista "S:et" är *strategier*; främja patientens möjlighet till att förhålla sig till sin egen död utifrån sina egna behov och önskemål.

## **Vårdteamets betydelse inom palliativ vård**

Palliativ vård ges där patienten önskar att få vård. Det kan vara på en avdelning inom slutenvården, på en enhet eller hospice som är specialiserad på palliativ vård eller i patientens eget hem med hjälp av avancerad hemsjukvård. Oavsett var patienten vårdas optimeras vården om det finns ett multiprofessionellt team runt patienten med till exempel läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och kuratorer (Nationella rådet för palliativ vård u.å.a). När sjukdomen inte längre går att bota är läkaren medicinskt ansvarig för att ha ett brytpunktsamtal med patienten och dennes närstående. Brytpunktssamtalen syftar till att ge svåra besked om sjukdomens prognos och att viss behandling därmed kommer att avbrytas (Vårdhandboken 2018 a). Nationella rådet för palliativ vård (u.å.b) tydliggör att undersköterskor har en viktig roll och ansvar i det palliativa vårdteamet. Pastrana, Jünger, Ostgathe, Elsner & Radbruch (2008) beskriver att en av grundprinciperna vid att ge en god palliativ vård är att ha ett holistiskt synsätt och att ge en vård som omfattar alla delar av den patienten som befinner sig i ett palliativt skede. Författarna beskriver ett arbetssätt med multi-professionella team och volontärer som kan arbeta strukturerat för att kunna tillgodose alla behov hos den palliativa patienten.

En yrkesverksam person kan ha formell och reell kompetens. Den formella kompetensen inom hälso- och sjukvården införskaffas genom en godkänd högskoleutbildning som leder till yrkesexamen enligt särskild examensbeskrivning. Detta gäller för yrken med krav på legitimation som sjuksköterska, fysioterapeut eller läkare. Reell kompetens kan en person få genom praktisk yrkeserfarenhet eller utbildning. Den reella kompetensen sätts då i relation till specifika arbetsuppgifter inom vård- och omsorg. Vissa arbetsuppgifter kan delegeras från en person med formell kompetens till en person med reell kompetens, till exempel att en undersköterska delegeras av en sjuksköterska att utföra vissa omvårdnadsåtgärder (Vårdhandboken 2018 b).

## **Sjuksköterskors ansvar och roll i den palliativa vården**

År 1953 antogs den första etiska koden för sjuksköterskor av International Council of Nurses (ICN). Den etiska koden innefattar fyra grundläggande ansvarsområden som sjuksköterskan har, varpå dessa är att främja hälsa, förbygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vården ska bygga på respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val, samt rätten att bli behandlad med värdighet och att bli bemött med respekt. Omvårdnaden ska därmed ges på ett respektfullt vis oavsett kön, sexuell läggning, hudfärg, ålder, kulturell eller etnisk bakgrund (Svensk sjuksköterskeförening 2017a, s. 3). Legitimerade sjuksköterskor ansvarar för omvårdnadsarbetet och ska självständigt, i teamsamverkan och i samråd med patienten och närstående planera omvårdnaden. I denna omvårdnadsprocess ingår bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering. Omvårdnadsprocessen är riktad mot patientens grundläggande behov och upplevelser, vilket inkluderar fysisk, psykosocial, andlig och kulturell dimension. Sjuksköterskors kompetens inbegriper ett

helhetsperspektiv av patientens situation och det innebär att ha förmåga att utforma omvårdnaden utifrån alla dimensioner (Svensk sjuksköterskeförening 2017b, s. 5).

Palliativ omvårdnad är ett verksamhetsområde som bygger sin kunskap på en omvårdnadsvetenskaplig grund där man specialiserat sig på att vårda patienten med obotlig sjukdom och vård i livets slut. För att beskriva sjuksköterskors roll i palliativ omvårdnad används en teoretisk modell. Den teoretiska modellen innebär att sjuksköterskor ska se människans autonomi som övergripande och ha förmåga att skapa en relation med patienten och närstående. Sjuksköterskor bör ha förmåga att hjälpa, stödja och stärka patienter och närstående i deras situation och kunna samtala om livet och döden. Det innebär att sjuksköterskor bör ha kunskap och förmåga att genomföra svåra samtal som rör livet, döendet och döden (Svensk sjuksköterskeförening 2008). När Socialdepartementet (2015, s. 34) lade fram sin utredning om värdig vård vid livets slut, visade tidigare studier att den existentiella dimensionen är försummad inom den svenska sjukvården idag och att vårdpersonal i allmänhet undviker ämnet

### **Undersköterskors roll i den palliativa vården**

I arbetsbeskrivningen för undersköterskor framgår att hen ska hjälpa patienten med sin dagliga livsföring såsom hygien, påklädning och att tillgodose sig näring- och vätskebehov. Undersköterskor kan även delegeras av sjuksköterskor att utföra omvårdnadsinsatser om hen anses inneha den kompetens som krävs för uppgiften. Dessa omvårdnadsinsatser kan exempelvis innebära att sköta en urinvägskateter eller att administrera vissa läkemedel till patienten. Undersköterskor arbetar ofta nära patienten i hans dagliga liv (Kommunal u.å). Den basala palliativa vården ges av undersköterskor under ledning av sjuksköterskor (Socialstyrelsen 2006b, s.7).

Enligt Socialstyrelsen (2006a, ss.14-24) ska undersköterskor oavsett om hen jobbar inom kommunal omsorg eller inom landstingsbaserad sjukhusvård, sträva efter att skapa och trygg och god kommunikation med patienten. Undersköterskor ska i omvårdnadsarbetet även bejaka patientens existentiella behov och kunna samtala och lyssna på patienten när hen upplever sig att ha ett behov av att samtala.

## **Existens**

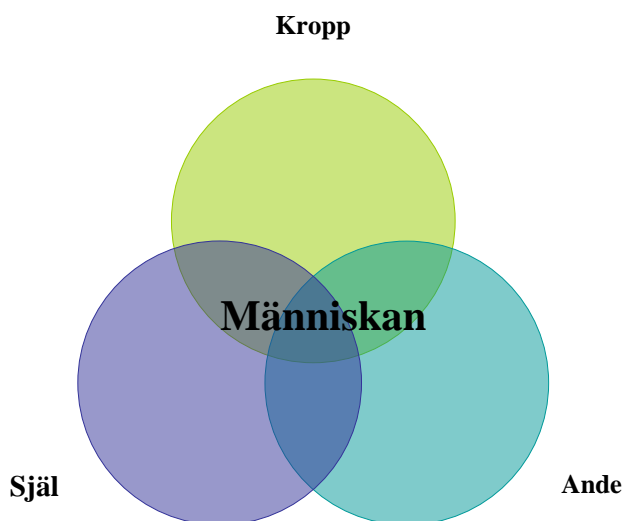
### **Människan som helhet**

Arman (2015 ss. 76-81) beskriver att synen på att människan består av *kropp, själ* och *ande* är ett grundantagande inom Katie Erikssons vårdvetenskapliga teori. Människans kropp och fysiska gestalt är en förutsättning för livet. Kroppen kan ses ur ett biologiskt och fysiologiskt perspektiv. Kroppen har en ämnesomsättning och består av olika ämnen. Kroppen har ett liv och en fysiologi som vi uppfattar som en livskropp. I kroppen härbärgeras de två andra dimensionerna. Den själsliga aspekten av människan kan också gå under benämningen psyke. Själens representerar människans känslor, önskningar, tankar och vilja. Individens unikheter kommer i uttryck i den själsliga aspekten genom personlighet och intressen. Själens skapar även förutsättningar för att kunna skapa ett sammanhang och samspel med omvärlden. Människans andliga/existentiella dimension berör den innersta kärnan hos oss som människor. Genom den andliga/existentiella dimensionen söker människan mening med livet och



söker att se sig själv som en helhet eller ett högre jag. De tre olika dimensionerna överlappar och påverkar varandra. Helheten som består av dessa tre dimensioner är ständigt obruten och okränkbar. Vårdare behöver anta ett helhetsperspektiv och det behöver finnas en medvetenhet om de tre dimensionerna för att kunna ge en vårdande vård. Denna helhetssyn, eller holistiska syn, krävs för att patienten ska känna sig sedd som människa.

**Figur 1.**



### **Definition av den existentiella dimensionen**

Inom sjukvården talar man om andliga/existentiella behov inom den andliga/existentiella dimensionen och beskriver att detta innefattar frågor som handlar om livet, dess mening och tillvaro, döden, relationer, hopp och tro. Dessa frågor och upplevelser är individuella för varje patient och kan ha religiösa inslag (Strang & Strang 2012, s. 104). Existentiella frågor ses som ett övergripande koncept varpå religion och andlighet är delkoncept. Andliga och religiösa frågor har ett stort samband med existentiella frågor och begreppen är inte utbytbara (Sand & Strang 2013, s. 32). I den existentiella dimensionen ingår begreppen religion, andlighet och existentialism (Strang & Strang 2012, s. 104).

### **Religion**

Begreppet religion kommer ursprungligen från latinets *religio*, som betyder att binda fast, var på livet binds till eller styrs av en gudom. Religion kan också vara en social institution som består av individer som delar tro, traditioner och ärar det heliga genom ritualer och handlingar. Religion kan ingå i andlighet, men begreppen behöver inte höra samman då de delvis är åtskilda. Religiöst välbefinnande har ett positivt inflytande på patientens hälsa då den ger verktyg för att hantera perioder av sjukdom och lidande och

skapar en känsla av välbefinnande (Strang & Strang 2012, ss. 103-104; Sand & Strang 2013, ss. 32-33). Religionsutövning kan också ha negativ inverkan på patientens välbefinnande och detta förklaras med att patienten då har en negativ religiös coping. Negativ religiös coping innebär att patienten kopplar samman sjukdom med bestraffning eller påverkan av djävulen eller en känsla av att ha blivit övergiven av sin gud/gudar. Positiv religiös coping innebär att patienten betraktar sin gud/gudar som goda och hjälpande (Sand & Strang 2013, s. 33).

### **Andlighet**

Begreppet andlighet kommer ursprungligen från latinets *spiritus*, ande, vindpust och ger en djupare allmänmänsklig dimension åt alla människor, oberoende av trosuppfattning. Andlighet fokuserar på relationen mellan tre nyckelelement, det vill säga vår djupaste relation till oss själva, till våra medmänniskor och till Gud eller annan högre makt. I hälso- och sjukvårdssammanhang ses andlighet numera som något större än religionen och är delvis skild från religionen (Strang & Strang 2012, s. 104). Andlighet och religion bör därför hållas åtskilda då andlighet är en del av patientens totala existens som kan inkludera religion (Edwards, Pang, Shiu & Chan 2010). Följande aspekter handlar vanligen om andlighet; mål och mening, relationer, transcendens (att se sig själv i ett större och viktigare sammanhang), om energi, om högre väsen (oavsett närvaro eller frånvaro av religion). Andligheten uttrycks i olika former och det finns ingen enhetlig andlighet (Strang & Strang 2012, s. 104; Edwards et al. 2010).

### **Existentialism**

Existentialismen är en filosofisk riktning, där bland annat Kirkegaard, Heidegger och Sartre var företrädare. Begreppet existentialism präglas av en dubbelsidighet som innebär att människan är fri och å andra sidan är hon satt i en situation i världen som hon inte bett om. Som existerande måste individen förhålla sig till sig själv, till sina möjligheter och till världen. I den existentiella modellen understryks subjektiviteten, vilket innebär att människan själv måste komma fram till hur hen vill leva sitt liv. Den existentialistiska hälsomodellen rör mening, lidande, livet och döden, ansvar, relationer, skuld och ångest (Strang & Strang 2012, s. 104). Existentiella frågor berör människans existens, om livet och döden och kan betraktas från olika perspektiv: en religiös, allmän andlig eller filosofisk. Existentialism hör samman med existentiella utmaningar såsom döden, friheten, meningslösheten och ensamheten. Dessa utmaningar brottades bland annat Kirkegaard, Heidegger och Sartre med (Sand & Strang 2013, ss. 36-37).

### **Andlig/existentiell omvårdnad**

Andlighet är ett universellt fenomen och tillhör alla människor oavsett närvaro eller frånvaro av religiös tro. Omvårdnadsteoretikerna Henderson och Travelbee betonade vikten av att integrera andliga behov i omvårdnaden och att ha ett holistiskt förhållningssätt i mötet med patienten. Travelbee menade också att sjukdom och lidande är integrerade i andliga, känslomässiga och fysiska erfarenheter (Narayanasamy 1999).

Strang, Strang och Ternestedt (2002) beskriver att sjuksköterskor har svårt att skilja mellan andlig/existentiell och psykosocial vård. Majoriteten av sjuksköterskorna som

deltog i studien beskriv andliga/existentiella behov i universella termer som ”*tron på något större*” och att vara tillfreds med ”*inre jaget*”, ha inre harmoni, kärlek och mening. Att få svar på frågor om livet, såsom livets mening, frågor som ”*varför jag?*”, ”*varför nu?*”, och frågor om skuld är exempel på andliga/existentiella behov. Religion var också associerat med andliga behov och handla då om möjligheten att utöva sin religion så som att be eller ha tillgång till exempelvis kyrka. Den grupp av människor som ansågs ha stora andliga behov, som kom i uttryck i religiösa behov, var människor från andra kulturer och länder.

Andlig/existentiell omvårdnad är relationsbaserad och ges i relation till andra. Detta förknippas ofta med den fysiska vården med fokus på närvaro, gemensam ”resa”, lyssnande, kontakt, skapa öppningar, ömsesidig delning och gemensam omvårdnad. Vårdaren ska hjälpa patienten att finna mening, hopp och styrka. Vårdaren ska bekräfta patienten. Bekräftande relationer stödjer patienter och hjälper dem att möta sin egen unika andlighet. Patientens inre resurser kan också finnas i personliga trossystem, varpå dessa kan hjälpa patienten att läka. Andlig/existentiell omvårdnad kan ges av flera professionella discipliner, men också från familj, vänner och trossamfund (Edwards et al. 2010).

Andligt/existentiellt lidande beskrivs, av Strang, Strang och Ternestedt (2002), som ofrivillig ensamhet och isolering och en känsla av att vara förlorad när man lider av allvarlig sjukdom. För att tillgodose de andliga/existentiella behoven ansågs det vara viktigt att vara en god lyssnare, tillbringa tid med patienterna och att samtala om tankar om livets mening, dess värde och den oro som kan inträffa när man är allvarligt sjuk eller ska dö.

Existentiella aspekter av lidande är döden, friheten, ensamheten och meningslösheten. Vanmakt, uppgivenhet, ilska och oro är förknippat med döden och dödsångest är vanligt förekommande i livets absoluta slutskede. Dödsångesten kan grunda sig i att inte vilja skiljas från nära och kära eller på att inte finnas till, att inte existera. Friheten tvingar oss att ta ansvar men tvingar oss också att välja. Denna frihet är en viktig del i livet, men kan också framkalla ångest på grund av alla val. Vissa individer vill därför välja bort friheten. Ibland gör vi oetiska val i livet trots en medvetenhet om att detta kan skada oss själva eller andra. I den stunden orkar vi inte välja något annat. Dessa oetiska val kan därefter resultera i skuld känslor. Ensamheten beskrivs som att vara existentiellt ensam, det vill säga ensam med sina innersta känslor och tankar. Meningslöshet är ett av de centrala begreppen inom andlighet, religion och existentialism. Denna känsla driver oss att söka efter meningen med livet. I en situation där patienten kan känna hopplöshet och att livet inte längre har något att ge kan en känsla av meningslöshet uppstå. Meningslöshet kan uppstå vid avsaknad av känsla av sammanhang. Inom palliativ vård är det inte ovanligt att patienterna söker efter mening och hopp i sin utsatta situation (Strang 2012, ss. 97-99; Sand & Strang 2013, ss. 26-32).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Socialstyrelsens statistik visar att patienter som erhåller palliativ vård utgör en stor patientgrupp. Det ingår i sjuksköterskors yrkesroll att ha ett holistiskt synsätt och en

förståelse för att människan består av kropp, själ och ande. Den palliativa vårdens särskilda omständigheter och behov av ett holistiskt förhållningssätt ställer höga krav på vårdare och teamsamverkan. Tidigare studier visar att palliativ vård kräver teamarbete och de professioner som arbetar närmast patienten är sjuksköterskor och undersköterskor. Sjuksköterskor är omvårdnadsansvariga för patienten och ska sträva efter att utöva sin profession så att patientens grundläggande behov inom dimensionerna för fysiskt, psykiskt, andligt och kulturellt är tillgodosedda. Undersköterskor utför mycket av det patientnära omvårdnadsarbetet med den palliativa patienten, under ledning av sjuksköterskor. Detta teamarbete gör att de båda professionerna utbyter erfarenheter samt upplevelser och arbetar tillsammans för att tillgodose den palliativa patientens behov.

Det är ett faktum att den existentiella dimensionen av en människa är komplex och utmanande att bemöta. Sjuksköterskors och undersköterskors upplevelse av att vårda denna dimension är relevant i den bemärkelsen att hur vi upplever ett fenomen påverkar hur vi hanterar situationen. Upplever sjuksköterskor och undersköterskor rädsla och osäkerhet kan det resultera i att hen undviker exempelvis existentiella samtal med patienten och patienten som befinner sig i ett palliativt skede får därmed inte sina behov tillgodosedda. Att bedriva en vård som bygger på evidensbaserad empirisk kunskap kräver att de erfarenheter som vårdutövare erfar idag, tillåts påverka hur morgondagens vård bedrivs. Det är nutidens upptäckter och slutsatser som driver utvecklingen framåt. Beroende på resultatet av vår litteraturöversikt kan studiens resultat bidra till att förändra vilken grad sjuksköterskor och undersköterskor rustas och utbildas inför att möta de kompetenskrav och det ansvar som vård av den existentiella dimensionen kan innebära. Att möta en patient i palliativt skede och att ansvara för dennes vård är något som sjuksköterskor och undersköterskor kommer att stå inför. Därför är det av vikt att förstå sjuksköterskors och undersköterskors upplevelse av att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva sjuksköterskors och undersköterskors upplevelse av att vårda den existentiella dimensionen hos vuxna patienter i palliativt skede.

## **METOD**

Vi har valt att använda oss av litteraturöversikt för att genomföra denna studie. Denna metod låter oss skapa en överblick av ett specifikt och till syftet avgränsat område. Artiklarna från litteraturöversikten är framtagna på ett systematiskt arbetssätt och därefter kvalitetsgranskade så som beskrivet enligt Friberg (2012, ss 133-135).

## **DATAINSAMLING**

Artiklar söktes i databaserna PubMed, Cinahl, Medline och Health and Medical Collection. Valda söktermer skapades utifrån syftet. Söktermerna som användes var

*nurse, experience, existential, suffering, end-of-life care, spiritual* samt *palliative care* och söktermerna kombinerades med "AND" (se bilaga 1). Söktermerna kombinerades med varandra på olika sätt. Söktermerna var på engelska för att få fler sökträffar. I vår sökning användes det engelska ordet "nurse" vilket inkluderar både sjuksköterska och undersköterska. För att särskilja de båda professionerna åt används i engelska språket begrepp som *assistant/enrolled* för undersköterska och *general/registered* för sjuksköterska, men eftersom orden inte sitter ihop kunde "nurse" användas vid vår sökning. Inklusionskriterierna var följande (se tabell 2); artiklar ur sjuksköterskors eller undersköterskors perspektiv eller att det tydligt ska framgå vem som säger vad i studier där både sjuksköterskor och undersköterskor samt andra professioner ingår. Deltagarna i studierna skulle vara verksamma som vårdare, artiklarna skulle beröra vuxna patienter i palliativt skede, artiklarna skulle beröra den andliga, existentiella och/eller religiösa vården. Artiklarna fick vara högst 10 år gamla, publicerade på engelska eller svenska och vara peer-reviewed (sakkunnigbedömda).

**Tabell 2.**

<b><u>Inklusionskriterier</u></b>	<b><u>Exklusionskriterier</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Sjuksköterskans och/eller undersköterskans perspektiv</li><li>❖ Deltagarna i studien ska vara yrkesverksamma inom området palliativ vård för vuxna patienter</li><li>❖ Religiös, andlig, existentiell omvårdnad/dimension</li><li>❖ Högst 10 år gamla artiklar</li><li>❖ Publicerade på engelska eller svenska</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Övriga professioners, patientens och närståendes perspektiv</li><li>❖ Deltagarna ska ej vara yrkesverksamma inom annat område än palliativ vård för vuxna patienter.</li><li>❖ Fysisk eller själslig omvårdnad/dimension</li><li>❖ Äldre än 10 år gamla artiklar</li><li>❖ Annat språk än engelska eller svenska</li></ul>

Artiklar vars titel och abstrakt motsvarade syftet lästes igenom mer noggrant för att se om de följde ramen av inklusionskriterier. Artiklar som inte besvarade syftet eller som inte fanns i fulltext online exkluderades omedelbart. Efter att ha sökt av området ordentligt genomfördes en sekundärsökning för få fler artiklar.

Valda artiklars referenslista gick igenom och de artiklar som var av intresse lästes igenom och inkluderades utifrån samma kriterier som övriga. Därefter kvalitetsgranskades samtliga artiklar. Det är viktigt att de artiklar som ska ingå i studien är av god kvalitet. Med god kvalitet avses bland annat att syftet och problemformulering är väl formulerat, att datainsamling och analys är välbeskrivna och att vald metod

hanteras korrekt, samt att resultatet är väl underbyggt (Friberg 2012, ss. 119-121, 138-139). Slutligen resulterade sökningen i 13 artiklar, varav 12 kvalitativa och en mixad studie. Åtta artiklar artiklarna kommer från sökhistoriken och fem artiklar är valda efter sekundärsökning. En översikt av analyserade artiklar har gjorts i tabellform (se bilaga 2).

## **DATAANALYS**

### **Kvalitetsgranskning**

De artiklar som valdes att ingå i studien blev analyserade och granskade utifrån Fribergs modell (Friberg 2012, ss. 140-142). Fribergs metod för dataanalys består av tre steg. Det första steget är att läsa igenom artiklarna flera gånger för att få en förståelse för artiklarnas innehåll och kontext. Friberg beskriver att Whittemore och Knafl föreslår att varje studie kan ha en översiktstabell och en sammanfattande text som stöd i analysarbetet. Detta för att säkerställa valideringen, det vill säga att det väsentliga ur studien uppfattats och dokumenterats (Whittemore & Knafl 2005, se Friberg 2012 s.140). Andra steget innebär att identifiera likheter och skillnader avseende teoretiska utgångspunkter, metod, analysgång, syften och till sist studiernas resultat. Detta presenteras i en översiktstabell. Det tredje steget är att sortera resultatet utifrån identifierade likheter och skillnader. Det innehåll som handlar om samma sak sorteras under en gemensam rubrik som sedan blir ett gemensamt tema/kategori (2012, ss. 140-142). Artiklarna som ingår i studien analyserades utifrån beskrivningen ovan och en översiktstabell skapades för att få en tydlig bild över analyserade artiklar. En skriftlig sammanfattning av artiklarna valdes att inte genomföras, utan skedde muntligt. Därefter lästes artiklarna noggrant igenom individuellt och det innehåll i resultatet som besvarade studiens syfte markerades. Efter att alla studier lästs igenom och markerats diskuterades resultatet och markeringarna, detta för att säkerställa att markeringarna besvarade studiens syfte och för att inget missats. Artiklarna och markeringarna numrerades för att kunna gå tillbaka och se varifrån och i vilket sammanhang något sades. Exempelvis; artikel 1 och markering A blev 1A. Markeringarna separerades från studierna genom att skrivas ner på separata lappar och kodades med artikelnummer och markeringsnummer. Meningsbärande ord ströks över och de meningsbärande orden som hade likheter sorterades under gemensam kategori. Kategorier och underkategorier identifierades och sammanställdes. Kodningen gjorde det möjligt att under arbetets gång gå tillbaka till artiklarna för att läsa om och säkerställa att inga missuppfattningar skett.

## **RESULTAT**

Vid bearbetning av data kunde fyra huvudkategorier och nio underkategorier identifieras (se tabell 3). I resultatet, samt vid hänvisning till resultatet, kommer vi att benämna sjuksköterskor och undersköterskor som *vårdare*.

**Tabell 3.**

<u>Kategori</u>	<u>Underkategori</u>
<b>Känslor inför att möta det existentiella</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Rädsla</li><li>❖ En känsla av motvilja</li></ul>
<b>Ett berikande arbete</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ En känsla av tillfredsställelse</li><li>❖ Personlig utveckling</li></ul>
<b>En känsla av otillräcklighet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ En upplevelse av kompetensbrist</li><li>❖ Oförmåga att hjälpa</li><li>❖ Att bli emotionellt dränerad</li></ul>
<b>Upplevelsen av ansvar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ En känsla av ansvar</li><li>❖ En känsla av icke-ansvar</li></ul>

## **Känslor inför att möta det existentiella**

### **Rädsla**

Att möta och vårda andliga/existentiella behov hos patienter i palliativt skede upplevs som komplext och utmanande. Vårdare upplever en osäkerhet och rädsla hos sig själva inför att vårda denna dimension hos patienten (Beck, Törnquist, Broström & Edberg 2012; Browall, Hensch, Melin-Johansson, Strang, Danielson 2014; Henry & Timmins 2016; Liu & Chiang 2017; Nobel & Jones 2010; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli 2015). Vårdare upplever att det är lättare att utföra praktiska omvårdningsmoment och att existentiella problem och behov är svårare att möta. Att ta upp konversationer om liv och död på eget bevåg upplevs som onaturligt och döden blir inte ett aktuellt samtalsämne förrän den faktiskt har inträffat (Beck et al. 2012). Rädsla är en känsla och upplevelse som återkommer hos vårdare i olika situationer i relation till att vårda den andliga/existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede. En av dessa situationer är att bemöta hoppet hos patienter. Balansen mellan att bringa hopp till en patient i palliativt skede och samtidigt vara ärlig mot patienten är något som upplevs som ett dilemma. Detta dilemma skapar en rädsla hos vårdare. Vårdare upplever också rädsla inför att på eget bevåg ta upp andliga/existentiella frågor med patienter för att det finns en ängslan kring att detta kan trigga ångest och existentiella frågor hos både patient och

hos sig själv. Rädsla upplevs också inför att vårda patienter med dödsångest (Browall et al. 2014; Johansson & Lindahl 2011; Liu & Chiang 2017; Nobel & Jones 2010; Strang et al. 2014).

### **En känsla av motvilja**

Motvilja att vårda den andliga/existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede är också något som uttrycks av vårdare. Denna motvilja erfars i samband med att vårda det som upplevs som obekant och främmande, exempelvis vid vård av patienter från religiösa/etniska minoriteter. Ovilja att bli känslomässigt påverkad och behöva bära med sig andras existentiella bekymmer är också en faktor som skapar upplevelse av motvilja hos vårdare (Henry & Timmins 2016; Tornøe et al. 2015). I den kinesiska kulturen samtalar vårdare inte om existentiella frågor med patienten även om behovet skulle finnas. Att samtala om död och döende med patienter anses olycksbringande och vårdare ska försöka bevara patientens hopp ända in i döden. Patienten frånhålls information om sjukdomens prognos i syfte att bevara hoppet. Vårdarna upplever motvilja att vårda den existentiella dimensionen hos patienter på grund av den rådande kulturen (Zheng, Guo, Dong & Owens 2015). I taiwanesisk kultur ses död som tabubelagd och att existentiella konversationer upplevs som svåra att hantera och skapar rädsla hos vårdare. Trots att patienten behöver känna hopp upplever vårdare att de inte kan ljuga för att ge patienten falskt hopp trots att döden är tabubelagt att samtala om (Liu & Chiang 2017).

### **Ett berikande arbete**

#### **En känsla av tillfredsställelse**

Vårdare känner att den andliga/existentiella omvårdnaden av patienter i palliativt skede ger en tillfredsställelse i deras arbete i stort. Det kan infinna sig en känsla hos vårdaren över att de är privilegierade och utvalda när patienter bjuder in dem till att samtala om svåra frågor kring livet och döden. Vårdare värdesätter detta förtroendet som patienter visar dem (Browall et al. 2014; Strang et al. 2014). Tillfredsstället i arbetet som andlig/existentiell omvårdnad av patienter i palliativt skede ger, beskriver vårdaren också som en glädje över att ha kunnat hjälpa människor i en svår situation. Att få utföra omvårdnaden ger vårdaren en känsla av att deras arbete är meningsfullt, meningsgivande och tacksamt för dem själva i deras yrkesroll (Browall et al. 2014; Strang et al. 2014; Tornøe et al. 2015).

#### **Personlig utveckling**

I omvårdnaden av den andliga/existentiella dimensionen av patienter i palliativt skede uppstår möten och samtal där vårdare själva känner att de utvecklas och kommer till nya insikter som de kan dra nytta av både privat och i sin profession. Att få bli djupt berörd av andras livshistorier och öden skapar en känslomässig förundran över livet och döden. En del vårdare beskriver detta som inspirerande och berikande (Browall et al. 2014; Strang et al. 2014; Tornøe et al. 2015; Wittenberg, Ragan & Ferrell 2017).



## **En känsla av otillräcklighet**

### **En upplevelse av kompetensbrist**

Vårdare upplever att de har brist på formell kompetens gällande existentiella konversationer och att de är oerfarna när det kommer till att bemöta patientens existentiella behov. Vårdare upplever också brist på kompetens när de ska vårda patienter med för dem främmande religiösa behov eller patienter som tillhör en etnisk religiös minoritet (Bailey, Moran & Graham 2009; Henry och Timmins 2016; Strang et al. 2014). I dessa situationer kan vårdare känna en hopplöshet, maktlöshet och otillräcklighet. Känslan av maktlöshet kan komma i uttryck i existentiella konversationer då vårdare är tvungna att ge dåliga besked om sjukdomens prognos.

### **Oförmåga att hjälpa**

Vårdare ifrågasätter också om deras insatser i den andliga/existentiella omvårdnaden verkligen hjälper patienten. En upplevelse av stress och skuld uppkommer då vårdare inte anser att samtalen hjälper patienten. Vårdare upplever att de har svårt att acceptera sina egna begränsningar och att detta kan medföra en känsla av otillräcklighet. Existentiella behov kan också få vårdare att känna sig osäkra i sin profession då de ej vet hur de ska hantera situationen (Browall et al. 2014; Johansson & Lindahl 2011; Noble & Jones 2010; Tornøe et al. 2015). Vårdare upplever även frustration vid att vårda den andliga/existentiella dimensionen. Att samtala med en patient om existentiella frågor och att spegla patienten upplevs som svårt och frustrerande. Frustration hos vårdare uppstår vid vård av yngre vuxna patienter med ångest och när patienter i slutskedet av sina liv inte har funnit ro och accepterat den oundvikliga döden (Strang et al. 2014; Tornøe et al. 2015).

### **Att bli emotionellt dränerad**

I mötet med patientens existentiella behov och efter att ha samtalat med patienten om existentiella frågor upplever vårdare att de blir dränerade både känslomässigt och på energi. Vårdare beskriver att existentiella konversationer är emotionellt krävande. Det är en tung börda och vårdare känner sig sårbara på grund av bristen på kompetens (Beck et al. 2012; Browall et al. 2014; Noble & Jones 2010; Strang et al. 2014; Tornøe et al. 2015). Efter samtalen med patienten kan vårdare känna sig nedstämda. Oerfarna vårdare kan känna att samtalen som rör död och sorgsenhet resulterar i en tomhet, samt att det triggas igång egna tankar. När vårdare befinner sig i de existentiella situationerna kan de känna sig uttömda, ensamma och utan stöd (Browall et al. 2014; Noble & Jones 2010; Strang et al. 2014). De existentiella tankar som vårdare möter i sin profession påverkar även deras privata sfär. De kan börja identifiera sig med patienter och de existentiella frågorna blir tydligare (Johansson & Lindahl 2011).

## **Upplevelsen av ansvar**

### **En känsla av ansvar**

Vårdare anser att den andliga/existentiella omvårdnaden faller inom deras ansvarsområde och att det är en viktig del av den totala omvårdnaden av patienter i palliativt skede. Vid vissa tillfällen kan den andliga/existentiella dimensionen uttryckas

genom religiösa seder och ritualer hos patienten. Många vårdare känner ett ansvar att hjälpa patienten att kunna tillgodose sina religiösa behov trots att de inte delar trosuppfattning med patienten. Detta ansvar kommer i uttryck av att vårdare möjliggör kontakt med religiösa ledare som kan stötta patienten. Andra åtgärder är att vårdare söker information om patientens trosuppfattning och hur de religiösa behoven kan tillgodoses praktiskt av vårdarna. Andra kan stötta patienten i dennes bön utan att för den sakens skull be aktivt med patienten. I denna situation kan vårdare sitta med genom patientens bön under vördnadsfull och respektfull tystnad (Bailey, Moran & Graham 2009; Balboni et. al. 2011a; Henry & Timmins 2016; Noble & Jones 2010; Strang et al. 2014; Walker & Waterworth 2017; Wittenberg & Ragan 2016).

### **En känsla av icke-ansvar**

Vårdare kan också känna att andlig/existentiell vård inte ingår i deras ansvarsområde. Detta avståndstagande från ansvar och åsikten att det inte ingår i arbetet framkommer tydligast när ansvarsfrågan ställdes i relation till praktiska religiösa ritualer, som till exempel bön. När det kommer till andliga/existentiella behov som kommer till uttryck i religiösa ritualer som bön anser en del vårdare att detta är en privat angelägenhet. Det anses också dra fokus från det huvudsakliga omvårdnadsarbetet (Balboni et al. 2011a; Tornøe et al. 2015; Zheng et al. 2015 ).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Litteratursökningen har varit systematisk och utförd enligt Friberg (2012, ss. 133-135). Valda artiklar har inte varit äldre än tio år och åtta av artiklarna har publicerats inom de senaste fem åren. Detta kan ses som en styrka då relativt ny forskning ingår i litteraturoversikten. Alla artiklar utom en har haft kvalitativ ansats Detta kan ses som en svaghet då mixad metod, enligt Forsberg och Wengström (2016, ss. 47-48), kan belysa ett fenomen ur olika synvinklar. Då det förelåg ett intresse av att undersöka hur ett fenomen erfars på djupet, är dock kvalitativa studier att föredra. Litteratursökningen har inte begränsats till ett geografiskt eller kulturellt homogent område. Detta för att kunna få en helhetsbild över hur fenomenet erfars. Valda artiklar kommer också från olika vårdkulturer och kulturer vilket kan ha färgat studiens resultat. Dock har det förekommit en medvetenhet gällande detta och intresset var att beskriva hur ett fenomen erfars i helhet. Dagens samhällen blir allt mer mångkulturella varför det ansågs naturligt att inkludera olika kulturer.

Under sökningens gång har vi stött på svårigheter att hitta litteratur som besvarade vårt syfte. Som framgår av vår sökhistorik (se bilaga 1) har vi gjort en grundlig sökning i olika databaser och med olika kombinationer av sökord. Det fanns få artiklar som berör det område vi ämnat att undersöka och det föreföll vara ett relativt utforskat område. Data som analyserats har också varit begränsad då det inte fanns någon studie som enbart besvarade vårt syfte. Det hade därför varit att föredra att genomföra en kvalitativ empirisk studie, men på grund av tidsaspekten var inte en empirisk studie möjlig att genomföra på kandidatnivå. Vidare har litteraturoversikter kritiserats för att författaren endast har tillgång till en viss mängd forskning som är relevant till syftet. Urvalet riskerar att bli selektivt då författaren till studien kan välja studier som stödjer sin egen

ståndpunkt och förförståelse. En annan aspekt av kritiken är att olika forskare kan komma fram till olika slutsatser inom samma område (Forsberg & Wengström 2016, s. 122). I vår inledning till denna studie beskrev vi vår förförståelse och personliga upplevelse av att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede. Vår förförståelse har vi varit ödmjuka inför, men i vårt resultat framkom även känslor och upplevelser som motsade vår tidigare ståndpunkt, vilket tyder på att vi lyckats tygla vår förförståelse.

Studien beskriver vårdares upplevelser av att vårda den existentiella dimensionen i en palliativ kontext. För att få ett bredare perspektiv över hur fenomenet erfars av vårdare hade studien förslagsvis kunnat beröra den existentiella dimensionen i allmänhet. Studien har medvetet begränsats till den palliativa vården eftersom att det förelåg en förförståelse hos oss att den existentiella dimensionen var mer synlig i den kontexten och på grund av det nödvändiga i att begränsa studiens syfte.

De flesta studier i vårt resultat berör sjuksköterskors perspektiv och detta kan ses som en svaghet då sjuksköterskors upplevelse får större utrymme än undersköterskors. När vi har granskat studiernas resultat har vi sett att upplevelserna inte skiljer sig åt oavsett vilken profession som respondenterna har. På grund av detta valde vi att inte skilja sjuksköterskors och undersköterskors upplevelser åt. En svaghet i vårt resultat skulle kunna vara att den formella kompetensen skiljer sig åt mellan professionerna. Vårt att reflektera över är dock den reella kompetens som en person kan inneha och dess betydelse i sammanhanget (Vårdhandboken 2018).

Andra professioner som läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och kuratorer möter också patienter med existentiella behov, exempelvis är det läkaren som beslutar om palliativa insatser och har brytpunktsamtal med patienten. I dessa situationer är det hög sannolikhet att patientens existentiella behov framkommer. Dock har andra professioner än sjuksköterskan och undersköterskan exkluderas på grund av det nödvändiga i att begränsa studiens syfte. Dessutom har de olika professionerna olika specialiteter. Sjuksköterskan och undersköterskan har omvårdnaden som sin specialitet och läkarna har den medicinska specialiteten. Den här studien har inte ett medicinskt fokus utan ett omvårdnadsmässigt varför enbart sjuksköterskor och undersköterskor inkluderas i studien.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet i vår studie visar att vårdare upplever en myriad av olika känslor inför att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede. Upplevelserna sträcker sig från positiva känslor som att känna tillfredsställelse och berikning, till mer negativa känslor som rädsla, motvilja och frustration. Synen på vilket ansvar vårdaren har inom det aktuella ämnet varierade också. Ett gemensamt mönster som vi kunde identifiera var att oberoende av om det var positiva eller negativa känslor som vårdarna beskrev, så upplevdes även en känsla av kompetensbrist. Mot bakgrund av detta riskerar patienter att inte få sitt behov tillgodosett inom den existentiella dimensionen då kompetensbristen, känslan av icke-ansvar samt de negativa känslorna påverkar vården. Sjuksköterskan ska arbeta förebyggande och främja hälsa. Edman & Erichsen Andersson förklarar att sjuksköterskan har en väsentlig roll i det förebyggande arbetet

för att främja hälsa och undvika skada, vilket leder till hållbarhet inom hälso- och sjukvården och i samhället som helhet (2014, ss. 524-528). Den 25 september 2015 antog FN:s stat- och regeringschefer Agenda30 för en global hållbar utveckling. Denna agenda har konkretiserats i 17 globala mål. Mål nummer tre är att ”säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar” (Regeringen 2016). Detta mål kan kopplas till vårt resultat då hälso- och sjukvården har som uppdrag enligt 3 kapitel. 1 § att främja god hälsa hos patienten (SFS: 2017:30). Det ökade välbefinnandet hos patienter som får sina existentiella behov tillgodosedda kan också medföra minskade vårdkostnader under slutfasen av det palliativa skedet för patienten. Om det existentiella behovet hos patienten blir tillfredsställt minskar kostnaderna avseende minskad mängd farmakologisk behandling (Balboni et. al, 2011b). I 4 kapitel. 1 § av hälso- och sjukvårdslagen framgår det att all offentligt driven hälso- och sjukvård ska organiseras så att den främjar kostnadseffektiviteten (SFS: 2017:30).

Om vårdare arbetar personcentrerat och tillgodoser behoven inom alla dimensioner hos patienten resulterar det i ekologisk, ekonomisk och social hållbarhet, men också ett minskat lidande för patienten. Wiklund (2003, ss. 102-109) beskriver att lidande är den mest centrala upplevelsen i patientens värld och kan ha sitt ursprung i olika delar av patientens verklighet. Lidandet kan beskrivas utifrån olika perspektiv, var på dessa är; sjukdoms-, vård- och livslidande. Sjukdomslidande hör samman med de symtom och problem som sjukdomen medför. Vårdlidande är det lidande som uppstår som följd av vård och behandling, eller av ofullkomligheter och brister hos dessa. Kränkande behandling, brister i vårdens organisation och genomförande eller en känsla av att inte bli tagen på allvar kan resultera i vårdlidande. Livslidande berör hela människans existens och uppkommer vanligtvis i samband med sjukdom. Sjukdomen kan medföra att existentiella frågor blir viktiga och fokus ligger inte enbart på de begränsningar som sjukdomen medför. Livslidande kan uppkomma om människan inte lyckas prestera som tidigare, vilket resulterar i att människans värdighet minskar. Människans oförmåga att leva upp till sin roll i sociala sammanhang kan leda till att människans syn på sig själv förändras. Frågor om liv och död aktualiseras och människan begrundar och ifrågasätter sina livsval. Vår studies resultat visar att vårdare inte alltid känner att det är deras ansvar att vårda den existentiella dimensionen. När denna icke-vård sker, riskerar patienter med ett otillfredsställt existentiellt vårdbehov att uppleva ett vårdlidande, ett lidande som enligt Eriksson (1994, ss. 92-93) ska elimineras med alla medel. Vidare menar Eriksson att vårdlidande ofta sker omedvetet och beror på vårdpersonals okunskap om mänskligt lidande och avsaknad av reflektion. Detta belyser vikten av kompetensutveckling och reflektion, något som presenteras i vårt resultat, då vårdare kan uppleva en känsla av kompetensbrist vid vård av den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede.

För att vårdare ska kunna bidra till en lokalt och globalt hållbar utveckling genom ökad upplevelse av hälsa och välbefinnande hos palliativa patienter krävs att hen har möjligheter och förutsättningar till detta. Det är ett faktum att vårdare tenderar att bli känslomässigt påverkade av att möta den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede och bristen på kompetens lyfts fram som en möjlig orsak till detta. Keall, Clayton och Butow (2014) beskriver att en förutsättning för att vårda den andliga/existentiella dimensionen är att skapa en god vårdrelation mellan patienten och

sjuksköterskan, samt att sjuksköterskan har god kommunikationskunskap. I deras studie identifierades faktorer som är ett hinder för att tillhandahålla existentiell vård så som tidsbrist, färdigheter, patientens integritet och rädsla hos sjuksköterskan samt skillnader i kultur och tro. Sjuksköterskor hade strategier för att hantera hindren, exempelvis hänvisade de patienten till annan profession inom det multiprofessionella teamet, försökte ha rimliga förväntningar på hur mycket de kunde hjälpa patienten, samt gick kurser i kommunikationskunskap för att underlätta samtal med patienten. Även Giske och Cone (2015) beskriver att sjuksköterskor försöker hantera spänningen mellan förväntan och verklighet, samt att tidsbrist leder till patientens behov inte blir tillgodosedda. Detta upplever sjuksköterskor som smärtsamt och att det kan leda till utbrändhet. Henoch, Danielson, Strang, Browall och Melin-Johanssons (2013) studie visar att sjuksköterskor och undersköterskor som får strukturerad träning i att kommunicera om existentiella frågor får ökat självförtroende inför dessa samtal med patienter. Resultatet i vår studie visar att vårdare upplever osäkerhet, rädsla och kompetensbrist. Att implementera denna typ av ovan nämnd strukturerad träning kan därför förändra vårdarens upplevelse.

Ytterligare en orsak till att sjuksköterskor blir känslomässigt påverkade är *professionel compassion fatigue* (empatilöshet i sin profession). Sjuksköterskor riskerar att drabbas av detta enligt Melvin (2012) på grund av att de rutinmässigt exponeras för smärta, trauma och lidande i sitt arbete. Professionell empatilöshet är en stressrespons och symtomen kan vara ångest, påträngande tankar, apati, depression, hypertoni, sömnsvårigheter och mardrömmar. Deltagarna i studien relaterade till de fysiska och emotionella symtomen och beskrev att gränssättning och hälsosamma copingstrategier som att samtala med kollegor, reflektion och stödjande partner och mentor medförde att de klarade av att arbeta på sjukhus och med palliativ vård. Även i vår studie beskrivs att vårdare blir dränerade emotionellt, att de saknar stöd och kunskap i att hantera situationen samt att de har svårt att sätta gränser och distansera till situationen. Blomberg och Sandberg-Blom (2007) beskriver i sin studie att vårdpersonal hanterade svåra situationer genom att balansera mellan att vara nära och att distansera sig, samt att reflektera och att medvetandegöra vårdsituationerna.

Vår studies resultat visar att vårdare även hade positiva upplevelser vilket skulle kunna förklaras med att de var mer bekväma att tillhandahålla andlig/existentiell vård. Cone och Giske (2017) redogör i sin studie för att sjuksköterskorna kände sig bekväma i hög grad att möta andliga/existentiella frågor trots att andligheten ses som privat. Detta förklarades med att sjuksköterskorna var väl förberedda relaterat till arbetslivserfarenhet, egen grad av andlighet/religiositet samt utbildning. Vår studie visar att vårdare upplever palliativ vård som ett berikande arbete och att det leder till personlig utveckling. Detta fann även Luxardo, Padros och Tripodoro (2014) i sin studie samt att palliativ vård medförde att sjuksköterskorna kände livsglädje och förmåga att leva i nuet.

I vår studies resultat kunde vi också se kulturella skillnader i hur vårdare upplevde att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede. I den kinesiska och taiwanesiska kulturen anses det att samtala om döden som tabu och att detta medför otur. Vårdare upplevde även svårighet att balansera ärlighet och att inge hopp till

patienten. Kulturen påverkar helt enkelt hur vårdare upplever den existentiella dimensionen. Vårdare från den etniska majoriteten kan även känna en osäkerhet över att ge existentiell vård till religiösa/etniska minoriteter. Osäkerheten kan böttna i att vårdare inte vet hur de praktiskt ska gå tillväga eller hur de ska hantera skillnader i existentiella uttryck och beröringspunkter. Att ta hänsyn till kulturskillnader är en viktig del i arbetet som vårdare. Då vi idag, i Sverige, lever i ett uttalat mångkulturellt samhälle behöver vårdare vara rustad för att möta behoven hos patienter från andra kulturer än vår egen (Socialstyrelsen 2006b). Detta är samtidigt ett tveeggat svärd, då även personer med annan kulturell bakgrund är, och kommer att vara, yrkesverksamma i hälso- och sjukvården. Hur dessa enskilda individer är formade av sin kulturella bakgrund kan påverka hur de bemöter den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede. Hart och Mareno (2013) beskriver i sin studie kulturella utmaningar och hinder för sjuksköterskor. Sjuksköterskor upplevde att kulturell kompetens var av vikt för sjuksköterskan i hens vårdande och att sjuksköterskor behöver få formell utbildning inom ämnet. Sjuksköterskor kan uppleva flera olika hinder med att tillhandahålla kulturellt anpassad vård. Mångfalden av olika etniska grupper och religiösa trosuppfattningar upplevdes som överväldigande och att de olika kulturella uttrycken överlappade varandra. Sjuksköterskor kan finna svårigheter i att skilja de olika kulturella uttrycken åt. Deras artikel beskrivs också att ytterligare ett hinder kan vara de fördomar om andra etniska grupper som finns hos sjuksköterskor. En känsla av att det är minoriteten som ska anpassa sig efter majoriteten uttrycks också.

Den religion en individ bekänner sig till kan påverka hur en hen hanterar svåra delar av livet som sjukdom, förlust, död och döende (Puchalski & O'Donnell 2005). I Sverige är islam den näst största religionen (Utrikespolitiska Institutet 2018). Inom islam ses döden som en gåva från Allah där personen som står inför livets slutskede ska korsa en barriär till efterlivet. Efterlivet kan bli en bestraffning eller en belöning. Den döende förväntas kunna uthärda smärta utan att få smärtlindring (Choong 2015). I vårt resultat tas kulturella skillnader upp, däremot har vi inte kunnat utläsa hur vården av den existentiella dimensionen hos patienter med islamsk tro upplevs av vårdare. Detta perspektiv är av vikt då vi som tidigare nämnt lever i ett mångkulturellt samhälle där muslimer utgör en stor religiös grupp.

Ytterligare en aspekt att reflektera över är det faktum att Sverige idag räknas som ett av världens mest sekulära (icke religiösa) samhällen (Utrikespolitiska Institutet 2018). Den humanistiska livsåskådningen ser inga skäl för att gud/gudar eller andra övernaturliga krafter existerar. Humanisterna använder förnuftet som verktyg, mänskliga erfarenheter och gemensamma mänskliga värderingar för att söka kunskap (Humanisterna u.å). Ateismen är en annan livsåskådning som likt humanismen är gudsförnekande. Denna filosofiska teori har varit etablerad sedan 1700-talet. Agnosticism är ytterligare en grupp som inte bekänner sig till en specifik gudom, skillnaden från ateismen och humanismen är att agnosticismen är en tanke att människan omöjligt kan veta om det finns någon gudom eller högre makt (Nationalencyklopedin u.å). Vår studie utgår från ett perspektiv där människan består av de tre dimensionerna kropp, själ och ande, samt att den existentiella dimensionen består av andlighet, existentialism/existens och religion. Ovan nämnda grupper anser sig därmed inte bestå av en existentiell dimension så som vi beskrivit den. Vi har därför inte kunnat utröna hur vårdare upplever att vårda den existentiella dimensionen hos dessa specifika grupper. Det omvända har inte heller

kunnat utrönas. Nämligen hur vårdare som är icke-religiösa eller av åsikten att den andliga/existentiella dimensionen hos människan inte existerar, upplever att vårda en patient med ett andligt/existentiellt behov.

Att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede är komplext, utmanande och lämnar ingen individ oberörd. Vårdare behöver kunskap om existentiella behov och kulturella/religiösa skillnader samt stöd i att möta och hantera de upplevelser som situationen medför. Ansvaret behöver tydliggöras i relation till att vårda alla dimensioner hos patienten. För att vårdare inte ska riskera att drabbas av ohälsa och lämna yrket är det betydelsefullt att de får stöd och hjälp i att balansera närhet och distans. Dessa insatser kan resultera i att patienten i större utsträckning får sina behov tillgodosedda och möjliggör att vårdaren kan ta sitt ansvar i att arbeta för ekologisk, ekonomisk och social hållbar utveckling.

## SLUTSATSER

Vårdare tillskrivs ansvaret att vårda den existentiella dimensionen utan att det hos dem finns ordentligt med kunskap om vad som krävs för uppgiften. Det föreligger en risk att vården uteblir eller blir icke-vårdande om upplevelsen blir för negativt laddad för den enskilde vårdaren. Konsekvensen av detta blir ett ökat lidande för patienten, men också att vårdare hamnar i riskzonen för psykosocial ohälsa. För att vårdare ska ha möjlighet att ge *vårdande vård* inom den existentiella dimensionen krävs det kompetensutveckling och tid för reflektion. Den existentiella dimensionen är något som vårdare inte bör undvika utan istället försöka möta. För att vårdare ska kunna möta behoven i den existentiella dimensionen behöver de känna att de besitter rätt kompetens och att de får det stöd som behövs när de i sin profession möter svåra frågor kring livet och döden.

Det finns få studier som enbart beskriver vårdares upplevelse av att vårda den existentiella dimensionen i palliativ vård och i allmänhet. Därför finns det skäl att genomföra fler empiriska studier som berör fenomenet och som fokuserar på den enskilda vårdarens upplevelse av att vårda den existentiella dimensionen samt de behov av stöd som uppgiften kräver.

### **Vidare reflektion för hälso- och sjukvårdsprofessioner:**

- ❖ Vem bär ansvaret för att patientens behov inom den existentiella dimensionen tillgodoses och vems är ansvaret att det finns resurser för uppgiften?
- ❖ Vilka kunskapskrav för att vårda den existentiella dimensionen hos patienter i palliativt skede bör det finnas för allmänsjuksköterskor eller grundutbildade undersköterskor?
- ❖ Får vården av den existentiella dimensionen adekvat utrymme i utbildning till legitimerad sjuksköterska respektive undersköterska?

- ❖ Vilket behov av stöd behöver sjuksköterskor och undersköterskor som möter existentiella frågor hos patienter?



## REFERENSER

Arman, M. (2015). Att se patienten som medmänniska. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 133-143.

Bailey, M., Moran, S. & Graham, M. (2009). Creating a spiritual tapestry: Nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1), ss. 42-48. doi: 10.12968/ijpn.2009.15.1.37952

Balboni, M. J. et al. (2011a). "It depends": Viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(5), ss. 836-847.  
doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.008

Balboni, T. et al. (2011b). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*. 117(23), ss. 5383–5391.  
doi:10.1002/cncr.26221.

Beck, I., Törnquist, A., Broström, L. & Edberg, A-K. (2012). Having to focus on doing rather than being — Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), ss. 455-464.  
doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.016

Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: A way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), ss. 244-254.  
doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01503.x

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), ss. 636-644.  
doi: 10.1016/j.ejon.2014.06.001

Choong, K.A. (2015). Islam and palliative care. *Global Bioethics*, 26(1), ss. 28-42.  
doi: [10.1080/11287462.2015.1008752](https://doi.org/10.1080/11287462.2015.1008752)

Cone, P. & Giske, T. (2017). Nurses' comfort level with spiritual assessment: A study among nurses working in diverse healthcare settings. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), ss. 3125-3136. doi: [10.1111/jocn.13660](https://doi.org/10.1111/jocn.13660)

Edman, S. & Erichsen Andersson, A. (2014). Hållbar utveckling i kliniskt omvårdnadsarbete. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.) *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur, ss. 513-528

Edwards, A., Pang, N., Shiu, V. & Chan, C. (2010). Review: The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24(8), ss. 753–770. doi: [10.1177/0269216310375860](https://doi.org/10.1177/0269216310375860)

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

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. uppl., Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, ss. 133-143.

Giske, T. & Cone, P. (2015). Discerning the healing path - how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), ss. 2926-2935. doi.org/10.1111/jocn.12907

Hart, P. & Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (15-16), ss. 2223-2233. doi: [10.1111/jocn.12500](https://doi.org/10.1111/jocn.12500)

Henry, A. & Timmins, F. (2016). An Exploration of Specialist Palliative Care Nurses' Experiences of Providing Care to Hospice Inpatients from Minority Ethnic Groups- Implication for Religious and Spiritual Care. *Religions*, 7(2), s. 18. doi: [10.3390/rel7020018](https://doi.org/10.3390/rel7020018)

Henoch, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2013). Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized Controlled Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 46(6) ss.785-94. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013).

Humanisterna (u.å). *Förnuft, Ansvar, omtanke*. [http://media.humanisterna.se/pdf/folder\\_humanisterna.pdf](http://media.humanisterna.se/pdf/folder_humanisterna.pdf) [2018-12-09]

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 Clinical Nursing*, 21(13-14), ss. 2034-2043. doi: [10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x)

Keall, R., Clayton, J. & 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), ss. 3197-3205. doi: [10.1111/jocn.12566](https://doi.org/10.1111/jocn.12566)

Kommunal (u.å). *Undersköterska*. <https://www.kommunal.se/yrke/underskoterska>  
[http://media.humanisterna.se/pdf/folder\\_humanisterna.pdf](http://media.humanisterna.se/pdf/folder_humanisterna.pdf)

Kunskapsguiden (2016). *Palliativ vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.  
<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/palliativ-varld/Sidor/default.aspx> [2018-10-10]

Liu, Y-C. & Chiang, H-H. (2017). From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 31, ss. 30-36.  
doi: 10.1016/j.ejon.2017.09.002

Luxardo, N. V., Padros, C. & Tripodoro, V. (2014). Palliative Care Staff Perspectives: The Challenges of End-of-Life Care on Their Professional Practices and Everyday Lives. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(3), ss. 165-172.  
doi:10.1097/NJH.0000000000000036

Melvin, C. (2012). Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring for the dying? *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), ss. 606-611.  
doi:10.12968/ijpn.2012.18.12.606

Narayanasamy, A. (1999). Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Education Today*, Vol.19(5), ss.386-395.  
doi: 10.1054/nedt.1999.0325

*Nationalencyklopedin* (u.å.). Ateism. Tillgänglig: Nationalencyklopedin. [2018-12-09]

Nationella rådet för palliativ vård (u.å.a). *Vad är palliativ vård?*  
<https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-varld/> [2018-10-22]

Nationella rådet för palliativ vård (u.å.b). *Undersköterskor för palliativ omvårdnad – UFPO*. <https://www.nrpv.se/om-nrpv/medlemsforeningarnatverk/underskoterskor-for-palliativ-omvardnad/> [2018-11-08]

Noble, A. & Jones, C. (2010). Getting it right: Oncology nurses' understanding of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(11), ss. 565-569.  
doi: 10.12968/ijpn.2010.16.11.80022

Pastrana, T. , Jünger, S. , Ostgathe, C. , Elsner, F. & Radbruch, L. (2008). A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), ss.222-232. doi: 10.1177/026921630808980

Puchalski, C. & O'Donnell, E. (2005). Religious and spiritual beliefs in end of life care: How major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9(3), ss. 114-121. <https://doi.org/10.1053/j.trap.2005.06.003>

Regeringen (2016). Agenda30 för hållbar utveckling.  
<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/>

Regionala cancercentrum i samverkan (2016). *Att arbeta strukturerat med palliativ vård*. [https://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/palliativ-ward/vardprogram/gallande-varldprogram/11.-att-arbeta-strukturerat-med-palliativ-ward#11.1-de-6-sn](https://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/palliativvard/vardprogram/gallande-varldprogram/11.-att-arbeta-strukturerat-med-palliativ-ward#11.1-de-6-sn) [2018-11-07]

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

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

Strang, S., Hensch, 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*, 23(5), ss. 562-568. doi: 10.1002/pon.3456

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

Strang, P. (2012). Lidande i palliativ vård. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber, ss. 95- 101.

Strang, S., Strang, P. & Ternstedt, B. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal Of Clinical Nursing*, 11(1), ss. 48-57. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00569.

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/palliativkompetensbeskr.pdf> [2018-10-22]

Svensk sjuksköterskeförening (2017a). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf) [2018-10-17]

Svensk sjuksköterskeförening (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [2018-10-17]

Socialdepartementet (2015). *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6). Stockholm: Socialdepartementet [2018-10-22].

Socialstyrelsen (2006a). *Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-39>

[2018-11-06]

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

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-103-8> [2018-11-06]

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

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

[2018-10-17]

Tornøe, K., Danbolt, L., 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), ss. 62. doi: 10.1186/s12912-015-0114-6

Utrikespolitiska institutet (2018). *Landguiden.*

<https://www.ui.se/landguiden/lander-och-omraden/europa/sverige/religion/>[2018-12-06]

Vårdhandboken (2018 a). *Förhållningssätt och handledning.*

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/Forhallningssatt-och-handledning/> [2018-12-06]

Vårdhandboken (2018). *Förutsättningar för delegering.*

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Delegering-och-ansvar/Forutsattningar-for-delegering/> [2018-11-12]

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), ss.18–26. doi: 10.12968/ijpn.2017.23.1.18

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis.* Stockholm: Natur och kultur.

Wittenberg, E., Ragan, S.L. & Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® 34(6), ss.566–571. doi: 10.1177/1049909116641630

World Health Organization (2002). WHO definition of palliative care.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [2018-11-06]

Zheng, R-S., Guo, Q-H., Dong, F-Q. & Owens, R.G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), ss. 288-329.

doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009

# Bilagor

## Bilaga 1. Sökhistorik

<u>Databas</u>	<u>Avgränsningar</u>	<u>Sökord</u>	<u>Antal träffar</u>	<u>Antal lästa abstrakt</u>	<u>Valda artiklar efter att ha läst abstrakt</u>	<u>Artiklar valda till resultat</u>	<u>Datum</u>
<b>Cinahl</b>	Publicerad 2008-2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	palliative care AND nurse AND experience AND existential	32	15	7	4	2018-10-22
<b>Cinahl</b>	Publicerad 2008-2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	existential suffering AND palliative care AND nurse	14	1	0	0	2018-10-22
<b>Cinahl</b>	Publicerad 2008-2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	nurses experience AND spiritual AND palliative care	78	8	4	2	2018-10-22
<b>Cinahl</b>	Publicerad 2008-2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	end of life care AND nurse AND experience AND suffering	47	4	2	2	2018-10-22
<b>PubMed</b>	Publicerad 2008-2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	nurse AND experience AND palliative care AND existential	2	1	0	0	2018-10-23
<b>PubMed</b>	Publicerad 2008-2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	end of life care AND nurse AND experience AND suffering	12	1	0	0	2018-10-23
<b>PubMed</b>	Publicerad 2008-2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	palliative care AND nurse's experience AND spiritual	7	0	0	0	2018-10-23
<b>Cinahl</b>	Publicerad 2008-	palliative	31	1	1	0	2018-10-23

	2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	care AND nurses experience AND existential					
<b>MedLine</b>	Publicerad 2008- 2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	nurses experience AND existential AND end- of-life care	2	0	0	0	2018-10-25
<b>Health and Medical Collection</b>	Publicerad 2008- 2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	nurse AND experience AND existential AND spiritual AND palliative care	263	1	0	0	2018-10-25
<b>Health and Medical Collection</b>	Publicerad 2008- 2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	nurse experience AND existential AND spiritual AND palliative care AND suffering	181	0	0	0	2018-10-25
<b>Health and Medical Collection</b>	Publicerad 2008- 2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	nurse experience AND existential AND spiritual AND palliative care AND suffering	90	3	0	0	2018-10-25
<b>Health and Medical Collection</b>	Publicerad 2008- 2018 Peer-reviewed Engelsk text Abstrakt tillgängligt	nurse experience AND existential AND palliative care AND suffering	10	0	0	0	2018-10-25

## Bilaga 2. Översikt över analyserade artiklar

<u>Artikel</u>	<u>Perspektiv</u>	<u>Problem &amp; syfte</u>	<u>Metod</u>	<u>Resultat</u>
<p><b><u>Titel</u></b> An Exploration of Specialist Palliative Care Nurses' Experiences of Providing Care to Hospice Inpatients from Minority Ethnic Groups— Implication for Religious and Spiritual Care</p> <p><b><u>Författare</u></b> Henry, A. &amp; Timmins, F.</p> <p><b><u>Tidskrift</u></b> Religious</p> <p><b><u>Årtal</u></b> 2016</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>De spirituella och religiösa behoven av patienter som tillhör en etnisk minoritetsgrupp i Irland har fått lite uppmärksamhet och ett fåtal studier har visat att det förekommer en lucka i servicevillkor som resulterar i att patienter lämnar sjukhuset och känner ångest över att deras religiösa eller andliga behov inte har blivit bemötta. Studier visar också att sjuksköterskor ibland känner sig dåligt utrustade för att möta minoritetsgruppers andliga och religiösa behov.</p> <p>Syftet med denna studie var att få en förståelse för sjuksköterskornas erfarenheter av att ge vård till patienter från minoritets etniska</p>	<p>Forskningsproblemet behandlades med hjälp av ett hermeneutiskt fenomenologiskt tillvägagångssätt, guidad av Hans-Georg Gadamers filosofi (1900-2002).</p> <p>Två ostrukturerade intervjuer med fem sjuksköterskor som är specialiserade på palliativ vård. Under intervjuerna berättade deltagare om de patienter och familjer som de hade vårdat från olika minoritetsgrupper, nämligen afrikanska, Asien, Östeuropa, Irländska resenärer och romer. Totalt genomfördes 10 intervjuer under en 6-veckorsperiod.</p>	<p>Resultaten avslöjade att religion och stödjande patients religiösa behov dominerades i fyra framväxande teman;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Död och döende</i></li> <li>2. <i>Acceptans</i></li> <li>3. <i>Känna sig fram</i></li> <li>4. <i>Vara resursfull</i></li> </ol>
<p><b><u>Titel</u></b> The challenge of consolation: nurses experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study</p> <p><b><u>Författare</u></b> Tornøe, K.A., Danbolt, L.J., Kvigne, K. &amp; Sørli, V.</p> <p><b><u>Tidskrift</u></b> BMC Nursing</p> <p><b><u>Årtal</u></b> 2015</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Existentiell och andlig vård för den palliativa patienten är en viktig kompetens i en övergripande och holistisk vård. Sjuksköterskor känner ångest och osäkerhet inför att vårda den döende patientens existentiella och andliga behov.</p> <p>Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av andlig och existentiell vård för döende patienter på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ, empirisk studie. Individuella narrativa intervjuer samlades in från sex stycken sjuksköterskor som arbetade på en kombinerad medicinsk- och onkologiavdelning med både kurativ och palliativ behandling.</p> <p>Data analyserades genom en fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod.</p>	<p>Tre teman och sex sub-teman identifierades.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Att klargöra det komplexa lidandet</i></li> <li>2. <i>Andlig och existentiell vård</i></li> <li>3. <i>Överföra</i></li> </ol>



<p><b><u>Titel</u></b> Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Att vårda döende patienter är en stressfylld med oundviklig uppgift som ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde. Det finns lite vetenskap om hur kinesiska onkologisjuksköterskor upplever att vårda döende patienter med en cancerdiagnos.</p>	<p>En kvalitativ empirisk studie med deskriptiv design. Studien genomfördes på ett sjukhus endast för patienter diagnostiserade med cancer, lokaliserat i norra Kina. Deltagarna bestod av 28 sjuksköterskor som arbetade på sjukhuset. Sjuksköterskorna som deltog i studien intervjuades med semistrukturerade intervjufrågor. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades därefter till kinesiska. Därefter gjordes en kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Fem huvudteman identifierades;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Omvårdnad i livets slutskede för cancersjuka patienter</i></li> <li>2. <i>Omvårdnad av den döende patientens anhöriga</i></li> <li>3. <i>Kulturella aspekter och kommunikation</i></li> <li>4. <i>Moralisk plikt och självbegränsningar</i></li> <li>5. <i>Självreflektion och självändamål</i></li> </ol>
<p><b><u>Författare</u></b> Rui-Shuang, Z., Qiao-Hong, G., Feng-Qi, D. &amp; Glynn Owens, R.</p>		<p>Syftet är att klargöra för kinesiska onkologisjuksköterskors upplevelse av att vårda döende patienter med cancerdiagnos.</p>		
<p><b><u>Tidsskrift</u></b> International Journal of Nursing Studies</p>				
<p><b><u>Årtal</u></b> 2015</p>				
<p><b><u>Titel</u></b> Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Sjuksköterskor som möter existentiella behov hos den palliativa patienten behöver stöd och träning i hur de ska hantera dessa frågor. Sjuksköterskor upplever att individuella, kulturella och organisatoriska faktorer påverkar denna typ av omvårdnad negativt.</p>	<p>Kvalitativ empirisk studie med 98 deltagande legitimerade sjuksköterskor. Deltagarna deltog i vid fem reflektionstillfällen i grupp á 90 min, ledda av en utplärd sjuksköterska eller socialsekreterare. Reflektionerna bandinspelades, transkriberades och analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet organiserades i tre olika kategorier och 9 subkategorier.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Innehållet i den existentiella konversationen</i></li> <li>2. <i>Processen i den existentiella konversationen</i></li> <li>3. <i>Meningen med existentiella konversationer för sjuksköterskor</i></li> </ol>
<p><b><u>Författare</u></b> Strang, S., Hensch, L., Danielson, E., Browall, M. &amp; Melin-Johansson, C.</p>		<p>Syftet är att beskriva sjuksköterskors egna reflektioner kring existentiella frågor i deras kommunikation med den palliativa patienten.</p>		
<p><b><u>Tidsskrift</u></b> Psycho-Oncology</p>				
<p><b><u>Årtal</u></b> 2013</p>				
<p><b><u>Titel</u></b> From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Vård i livets slutskede är en situation som är svår och sårbar för både patienter och sjuksköterskor. Passionen att vårda även denna komplexa situation är svår att finna till</p>	<p>Vård i livets slutskede är en situation som är svår och sårbar för både patienter och sjuksköterskor. Passionen att vårda även denna</p>	<p>Det framkom tre huvudteman och tre subteman under vardera huvudtema.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Att lida av...</i></li> </ol>

<p>experience of nurses</p> <p><b>Författare</b> Ying-Chung, Liu. &amp; Hsien-Hsien, Chang.</p> <p><b>Tidsskrift</b> European Journal of Oncology Nursing</p> <p><b>Årtal</b> 2017</p>	<p>följd av minskade resurser, otillräcklig utbildning och okunskap.</p> <p>Syftet är att studera och klargöra sjuksköterskors levda erfarenhet av att tillhandahålla palliativ vård.</p>	<p>komplexa situation är svår att finna till följd av minskade resurser, otillräcklig utbildning och okunskap.</p>	<p>2. Att vara autentisk</p> <p>3. Självbelysning</p>
<p><b>Titel</b> Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.</p> <p><b>Författare</b> Johansson, K. &amp; Lindahl, B.</p> <p><b>Tidsskrift</b> Journal of clinical nursing</p> <p><b>Årtal</b> 2012</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p> <p>Tidigare forskning visar att palliativ vård är krävande. Dessutom är den utförd på onkologiska avdelningar, hospice och i hemsjukvård. Därför behövs mer forskning kring hur sjuksköterskor upplever att vårda patienter i palliativt skede på en avdelning som inte är specialiserad inom palliativ vård.</p> <p>Syftet är att beskriva betydelsen av allmänsjuksköterskors upplevelser av att ge palliativ vård på en sjukhusavdelning.</p>	<p>En kvalitativ, empirisk studie bestående av intervjuer. Åtta sjuksköterskor från två olika sjukhus rekryterades. Analysen av data gjordes med en fenomenologisk hermeneutisk ansats</p>	<p>I resultatet identifierades sju teman och 15 sub-teman</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tacksamhet över att få ha möjlighet att vara en del av en människas sista tid i livet.</li> <li>2. Bli berörd av kroppslig och existentiell mening.</li> <li>3. Att existera i rum och tid.</li> <li>4. Att ge och få energi.</li> <li>5. Att vara öppen i relation med patient och kollegor.</li> <li>6. Att ha en inneboende kunskap</li> <li>7. Tidsbrist</li> </ol>
<p><b>Titel</b> Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice.</p> <p><b>Författare</b> Bailey, M.E., Moran, S. &amp; Graham, M.M.</p> <p><b>Tidsskrift</b></p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p> <p>Sjuksköterskor känner sig inte tillräckligt förberedda och säkra i rollen att vårda andliga behov hos den palliativa patienten. Författarna efterfrågar mer forskning kring ämnet, relaterat till hur situationen ser ut på Irland, där även studien är utförd.</p> <p>Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att tillhandahålla andligt stöd på en palliativ vårdinrättning i Irland</p>	<p>Kvalitativ, empirisk studie med deskriptiv design. Studien hade 22 deltagande sjuksköterskor som intervjuades med semistrukturerade frågor. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades. Därefter genomfördes en tematisk konceptanalys.</p>	<p>Det kunde definieras fem stycken teman, vilka överlappade varandra.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sjuksköterskors förståelse av andlighet</li> <li>2. Dimensioner av tid</li> <li>3. Utmaningen i spirituellt vård</li> </ol>

International Journal of Palliative Nursing					4. Utbildning och spirituellt lärande
<u>Årtal</u> 2009					5. Konsten att vårda
<b><u>Titel</u></b> New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness.	Sjuksköterskans perspektiv	Spirituell vård är en viktig komponent i den palliativa omvårdnaden. Livskvaliteten hos patienter i palliativt skede som får sitt spirituella behov mött ökar, samtidigt som den totala kostnaden för den palliativa vården minskar om patienten är spirituellt tillfredsställd.	Kvalitativ, empirisk studie. Nio sjuksköterskor som var verksamma på tre olika hospice i Nya Zeeland intervjuades med semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades. Datan analyserades med kvalitativ innehållsanalys för att identifiera mönster och teman.	Tre huvudkategorier identifierades och åtta underkategorier.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Att identifiera spirituellt ångest</li> <li>2. Att ge spirituellt vård</li> <li>3. Dokumentation av utförd spirituellt</li> </ol>
<b><u>Författare</u></b> Walker, H. & Waterworth, S.		Syftet är att undersöka palliativsjuksköterskors upplevelser av att ge spirituellt vård till patienter med livsförkortande sjukdom.			
<b><u>Tidsskrift</u></b> International Journal of Palliative Nursing					
<u>Årtal</u> 2017					
<b><u>Titel</u></b> Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality	Sjuksköterskans perspektiv	Att kunna möta den spirituella dimensionen hos patienter i palliativt skede är av betydelse för att öka livskvaliteten. Dimensionen upplevs av sjukvårdspersonal som svårdefinierad och inte prioriterad.	Kvalitativ, empirisk studie. Designen var tvärsnittsstudie, inspirerad av grounded theory. Sju sjuksköterskor i en fokusgrupp deltog i en semi-strukturerad intervju. Intervjun bandinspelades och transkriberades. En tvärsnittsanalys användes för att identifiera teman och mönster i data.	Fem huvudteman identifierades:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Förståelse av spiritualitet.</li> <li>2. Sjuksköterskans egen spiritualitet.</li> <li>3. Krav på förmågor</li> <li>4. Begränsningar och hinder för att ge spirituellt vård.</li> <li>5. Behov av utbildning och stöd.</li> </ol>
<b><u>Författare</u></b> Noble, A. & Jones, C.		Syftet är att utforska onkologisjuksköterskors uppfattning av spiritualitet			
<b><u>Tidsskrift</u></b> International Journal of Palliative Nursing					
<u>Årtal</u> 2010					
<b><u>Titel</u></b> "It depends": Viewpoints of patients, Physicians and Nurses on	Patienter, läkare och sjuksköterskors perspektiv (det framgår tydligt vilken profession	Bönen är en potentiell del i att kunna erbjuda en tillfredsställande spirituellt/religiös omvårdnad. Trots detta	En mixad kvantitativ/kvalitativ studie. Den kvantitativa delen bestod av tre olika enkäter som skickades ut till de tre olika grupperna,	De mest avancerade cancerpatienterna (71%), sjuksköterskor (83%) och läkare (65%) rapporterade	

<p>Patient-Practitioner Prayer in the Setting of Advanced cancer</p>	<p>som säger vad)</p>	<p>är börens plats i sjukvården omdiskuterad och få studier inom ämnet har utförts.</p>	<p>varje respondent svarade alltså bara på den enkät som kopplades till om hen var läkare, sjuksköterska eller patient. Enkäten för sjuksköterskor bestod av tre olika frågor, alla med samma sex svarsalternativ. P-värdet var alltid under 0,05 vilket var gränsen för signifikans. Det är en tvärsnitt, multisite, blandad metodstudie av avancerade cancerpatienter (n = 70), onkologläkare (n = 206) och onkologiska sjuksköterskor (n = 115). Semistrukturerade intervjuer användes för att bedöma respondenternas attityder mot den lämpliga rollen som bön i samband med avancerad cancer. Temautvinning utfördes baserat på tvärvetenskaplig ingång med grounded theory.</p>	<p>att patientinitierad patientpraktiserande bön var åtminstone ibland lämplig. Vidare betraktades bön som åtminstone tillfälligt lämplig av majoriteten av patienterna (64%), sjuksköterskor (76%) och läkare (59%). Av de patienter som kunde förutse sig att fråga sin läkare eller sjuksköterska (61%), skulle 86% finna denna form av bön som andligt stödjande. De flesta patienter (80%) såg utövare-initierad bön som andligt stödjande. De öppna svaren angående lämpligheten av bön i den avancerade cancervården avslöjade sex teman som formar respondenternas synpunkter:</p>
<p><b>Författare</b> Balboni et al.</p>		<p>Syftet är att beskriva vad patienter med långt framskriden cancer/i palliativt skede, onkologiläkare och onkologisjuksköterskor anser om att patienter ber tillsammans med sjukvårdspersonal.</p>		
<p><b>Tidsskrift</b> Journal of Pain and Symptom Management</p>				
<p><b>Årtal</b> 2011</p>			<p>Standard kvalitativ metodologi 24-triangelad analys genomfördes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Nödvändiga villkor för bön</i></li> <li>2. <i>Möjliga fördelar med bön</i></li> <li>3. <i>Kritiska inställningar mot bön</i></li> <li>4. <i>Positiva attityder mot bön</i></li> <li>5. <i>Potentiella negativa konsekvenser av bön</i></li> <li>6. <i>Alternativ till bön</i></li> </ol>

<p><b>Titel</b> Exploring Nurse Communication About Spirituality</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Många vårdgivare får ingen formell träning i hur man kommunicerar om spirituell vård med patienter och familjer trots att spirituell vård anses vara en av pelarna i palliativ vård. Det finns dessutom begränsad vetskap om hur vårdgivare kommunicerar spirituell vård.</p>	<p>Onkologisjuksköterskor fick 2 dagars kommunikationsträning som innehöll kommunikationsstrategier gällande andlig/spirituell kommunikation och institutionella processer som stödjer patientcentrerad kommunikation. Sjuksköterskor ombads bad att beskriva en tid då en patient eller familjemedlem kommunicerade med dem om andlighet. Sjuksköterskor uppmanades att sammanfatta vad som hände, vad patienten eller familjemedlemmen sa, hur sjuksköterskan svarade, och huruvida de delade sin egen andliga övertygelse under interaktionen. 57 deltog i undersökningen. Kvalitativa svar analyserades och induktivt analyserades med hjälp av en iterativ process av temanalys.</p>	<p>I resultatet identifierades tre kategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Initiera kommunikation om andlighet</i></li> <li>2. <i>Svara på ämnen om andlighet</i></li> <li>3. <i>Dela med sig av personlig andlig bakgrund och religiösa preferenser.</i></li> </ol>
<p><b>Författare</b> Wittenberg, E., Ragan, S. L., &amp; Ferrell, B</p>		<p>Syftet med denna studie var att utforska andliga vårdupplevelser hos onkologisjuksköterskor för att lära sig mer om sjuksköterskekommunikation som involverar andlighet.</p>		
<p><b>Tidskrift</b> American Journal of Hospice and Palliative Medicine</p>				
<p><b>Årtal</b> 2017</p>				
<p><b>Titel</b> Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care</p>	<p>Sjuksköterskors och undersköterskors perspektiv</p>	<p>Sjuksköterskor ska vara förberedda på att möta patientens psykosociala och andliga ångest. Studier visar att sjuksköterskor känner sig obekväma att samtala om existentiella problem och att hälso- och sjukvårdspersonal misslyckas i att stötta patientens existentiella behov trots att det var stort.</p>	<p>Kvalitativ studie med kritisk incident teknik. Randomiserad kontrollerad intervention. Deltagarna fick träning och ombads att skriva ner sina erfarenheter av att vårda existentiella problem som uppkom under träningen. 102 deltagare deltog i träningen och 88 deltagare skrev ner erfarenheterna. 62 % av deltagarna var sjuksköterskor. 38 av deltagarna var undersköterskor</p>	<p>I resultatet presenteras två huvudteman:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Erfarenheter av möten med existentiell smärta</i></li> <li>2. <i>Erfarenheter av mötet med hopp</i></li> </ol> <p>Fyra stycken kategorier och fem underkategorier</p>
<p><b>Författare</b> Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. &amp; Danielson, E.</p>		<p>Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors och undersköterskors erfarenheter av existentiella situationer i omvårdanden för patienter i livets slut i cancervård.</p>		
<p><b>Tidsskrift</b> European Journal of Oncology Nursing</p>			<p>Kvalitativ innehållsanalys</p>	

**Årtal**  
2014

**Titel**  
Having to focus on doing rather than being—Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings

**Författare**  
Beck, I.,  
Törnquist, A.,  
Boström, L. &  
Edberg, A-K.

**Tidsskrift**  
International  
Journal of  
Nursing Studies

**Årtal**  
2012

Undersköterskors  
perspektiv

Palliativ vård bör ges, oavsett inställning till alla patienter som står inför en livshotande sjukdom och deras familjer. Äldre människors situation och behov skiljer sig från de yngre människors behov, eftersom de ofta har flera sammansatta sjukdomar och hälsoklagomål. Detta innebär ett omfattande behov av vård och för längre perioder av palliativ vård. De främsta leverantörerna av palliativ vård för äldre är undersköterskor, vilka också är de som har kortast utbildning.

Syftet med studien var att belysa undersköterskors erfarenheter av palliativ vård av äldre personer inom äldreomsorgen

Explorativ deskriptiv design. Datainsamlingsmetod var fokusgruppsintervjuer. 6 stycken fokusgruppsintervjuer genomfördes. 25 stycken deltagare ingick i studien.

En konventionell kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna. Konventionell innehållsanalys beskrivs som lämplig för användning vid studier av mindre kända fenomen för att ge kunskap och förståelse för det specifika fenomenet som studeras.

Ett huvudtema identifierades:  
*1. Tvungen att fokusera på görandet än på varandet*

Tre kategorier identifierades:  
*1. Upplever palliativ vård som kontrast till vardaglig vård.*  
*2. Tvungen att möta död och döende*  
*3. Behöver erkännande och stöd*

Sex stycken subkategorier identifierades