



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie kandidatexamen

Sjuksköterskors erfarenheter av andliga och existentiella frågor i palliativ vård En litteraturöversikt

Nurses´ experience of spiritual and existential issues in palliative care

A literature review

Författare: Maria Andersson
Handledare: Maria Forsner
Examinator: Jan Florin
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Kurskod: VÅ 2018
Poäng: 15 hp
Examinationsdatum: 29/2 2016

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

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

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

Ja

Nej

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Andliga och existentiella frågor hamnar i allt större utsträckning hos sjukvårdspersonal. Det palliativa förhållningssättet betonar vikten av att ge en god omvårdnad vad gäller andliga och existentiella frågor. Sjuksköterskans roll är att genom goda relationer skapa en anpassad och balanserad omvårdnad för att öka välbefinnandet för patienten den sista tiden i livet.

Syfte: Syftet med litteraturöversikten var att sammanställa hur andliga och existentiella frågor beskrivs i forskning utifrån sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård.

Metod: En litteraturöversikt som sammanställer aktuell forskning inom det valda omvårdnadsområdet.

Resultat: I resultatet framträdde att tid är det vanligaste hindret och utbildning är det som främjar givandet av andlig och existentiell omvårdnad. Att skapa relationer och kommunicera är viktiga aspekter inom vårdandets konst.

Egenskaper som sjuksköterskan bör inneha för att underlätta givandet av andlig och existentiell omvårdnad är; en god självkänedom, empati, intuition och observationsförmåga.

Slutsats: För att kunna ge en bättre andlig och existentiell omvårdnad behöver de yttre förutsättningarna ge tid för mötet mellan sjuksköterska och patient, vårdmiljön organiseras så detta möjliggörs, teamarbete tillämpas och utbildning ges.

Nyckelord: Andliga och existentiella frågor, erfarenheter, palliativ vård, sjuksköterska.

ABSTRACT

Background: Spiritual and existential issues increasingly end up at healthcare personnel. The palliative approach emphasizes the importance of providing good care regarding existential and spiritual issues. The nurse's role is through good relationships create a customized and balanced care to improve the wellbeing of the patient, at the end of life.

Aim: The aim of the literature review was to compile the spiritual and existential issues described in the research based on nurses' experiences of palliative care.

Methods: A literature review that compiles current research in the chosen nursing field.

Results: In the result time appeared as the most common obstacle and education promotes giving of spiritual and existential care. To establish a relationship and communicate is important aspects in the art of nursing. Characteristics that the nurse should possess in order to facilitate the giving of spiritual and existential care is; good self-knowledge, empathy, intuition and observation ability.

Conclusion: To be able to ameliorate spiritual and existential care time is needed for the external conditions to enable the meeting between nurse and patient. The care environment should be organized so this is made possible, teamwork applied and education provided.

Keywords: Experiences, nurse, palliative care, spiritual and existential issues.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1 En åldrande befolkning.....	1
2.2 Palliativ vård.....	1
2.3 Andlighet och existentiella frågor.....	4
2.4 Teoretisk referensram.....	4
2.5 Sjuksköterskans roll.....	5
2.6 Problemformulering.....	6
2.7 Syfte.....	6
2.8 Definition av centrala begrepp.....	6
3. METOD.....	7
3.1 Design.....	7
3.2 Urval av litteratur.....	7
3.3 Inklusionskriterier.....	8
3.4 Värdering av artiklarnas kvalitet.....	8
3.5 Tillvägagångssätt.....	8
3.6 Analys.....	9
3.7 Forskningsetiska aspekter.....	9
4. RESULTAT.....	9
4.1 Yttre förutsättningar och hinder.....	10
4.2 Vårdandets konst.....	13
4.3 Sjuksköterskans inre förutsättningar.....	15
5. DISKUSSION.....	19
5.1 Resultatdiskussion.....	19
5.2 Metoddiskussion.....	21
5.3 Slutsats.....	23
5.4 Studiens kliniska betydelse för samhället samt etiska aspekter.....	23
REFERENSER.....	24

1. INTRODUKTION

Inom alla verksamheter i hälso- och sjukvården möter sjuksköterskan människor i olika åldrar som befinner sig i livets slutskede. Dessa människor har alla unika behov som kräver specifik kunskap och omvårdnad som bäst kan tillgodoses genom palliativ vård. Palliativ vård är ett medvetet förhållningssätt när bot för patienten inte längre är möjlig och innefattar stöd och hjälp till både patient och närstående med fokus på symtomkontroll och livskvalité (Nationella rådet för palliativ vård [NRPV], 2014).

2. BAKGRUND

2.1 En åldrande befolkning

Vi lever allt längre i Sverige. Medelåldern, det vill säga medelvärdet på alla som lever i Sverige, har stigit från 37,1 år 1968 till 41,2 år 2014. Andelen äldre, 65 år och däröver, har under samma period ökat från 13,4 procent till 19,6 procent. Den senast färdigställda statistiken på dödsorsaker i Sverige är sammanställd av Statistiska Centralbyrån (SCB, 2013). Det året avled 90 505 personer i Sverige. Av dessa var 46 777 kvinnor och 43 728 män. Den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor är hjärt- och kärlsjukdomar. Tumörer utgör den näst vanligaste dödsorsaken (Socialstyrelsen, 2014). Den förväntade medellivslängden för personer födda 2012 i Sverige var för män 79,52 år och för kvinnor 83,34 år. (SCB, 2014)

På grund av ökningen av andelen äldre människor i samhället kommer behovet av den palliativa vården att öka exponentiellt. För att klara av att möta detta behov behövs; politiskt engagemang, professionell hängivenhet samt samarbete mellan offentlig och privat sjukvård (Bahtnagar, 2015).

2.2 Palliativ vård

Palliativ vård inträder när möjligheterna att bota patienten inte längre finns. Den innehåller specifik kunskap om hur man stödjer människor att leva med värdighet och välbefinnande den sista tiden i livet. Filosofin har ett tydligt fokus på symtomkontroll och livskvalitet där döendet ses som en normal process, som varken påskyndas eller skjuts upp. I detta ingår inte enbart att lindra den fysiska smärtan utan även att psykologiskt stödja både patient och anhöriga, andligt och existentiellt (NRPV, 2014).

Enligt WHO:s definition från 2002, är palliativ vård ett förhållningssätt med mål att sträva efter bästa möjliga livskvalité, enligt följande punkter:

- Lindra smärta och andra plågsamma symtom.
- Bekräftar livet och ser döden som en normal process.
- Syftar inte till att påskynda eller fördröja döden.
- Innefattar både psykologiska och existentiella aspekter i patientens vård.
- Erbjuder stöd till patienten att leva så aktivt som det går fram till döden.
- Erbjuder stöd till familj och närstående att hantera sin situation under patientens sjukdomstid men även efter.
- Använder sig av teamarbete för att kunna tillgodose patientens och familjens behov.
- Främjar livskvalitet som kan påverka sjukdomens förlopp positivt.
- Tillämpar tidigt i sjukdomsskedet åtgärder/behandlinger som kan förlänga livet t.ex. cytostatika och strålbehandling.
- Även vidta och utföra åtgärder som är nödvändiga för att kunna förstå komplikationer eller plågsamma symtom.

Med de högt uppställda målen på hur den palliativa vården ska bedrivas och vad den ska innehålla gör att tillämpningen och följsamheten inte blir enkel att efterleva. Forskning visar att målen långt ifrån nås inom akutsjukvården, de kommunala verksamheterna och de specialinriktade palliativa vårdenheterna (Ronaldson, Hayes, Aggar, Green, Carey, 2012). Beroende på vilken verksamhet eller vilken avdelning som sjuksköterskan jobbade på, så hade man olika uppfattningar om hur man skulle tillmötesgå patientens andliga och existentiella behov (Ronaldson, S. et al., 2012).

Det finns kunskapsbrister om palliativ vård hos de som är sjuksköterskor, men också bland de som studerar till sjuksköterskor. Sjuksköterskestudenter kräver kontinuerligt stöd och möjlighet till att reflektera och diskutera erfarenheter kring den palliativa vården. Detta ställer krav på lärare och praktikplatser att se till så att studenterna får hjälp att utveckla sitt självförtroende och förmåga att ta hand om döende patienter (Ek, Westin, Prah, Österlind, Strang, Bergh, Henoch, Hammarlund, 2014)

Sedan äldrereformen infördes är det många sjuksköterskor inom kommunen som hanterar den palliativa vården och de etiska dilemman som detta medför. Som sjuksköterska ställs man

inför svåra situationer när döende patienter vårdas i hemmet. Agerande i en sådan situation kräver att man kan vara närvarande, men samtidigt att kunna vara professionell och distansera sig själv från situationen. Undersökningar visar att sjuksköterskor inom kommunal verksamhet upplevde oro när deras kollegor inte hade samma uppfattning kring omvårdnaden av den palliativa patienten och saknade kunskap kring till exempel adekvat smärtlindring vid vård i livets slutskede (Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva, Berggren, 2010).

I dokumentet "Döden angår oss alla" (SOU 2001:6) som den svenska staten utkom med 2000 framgår att framförallt de andliga och existentiella behoven i den palliativa vården är försummade. Det gäller bland annat frågor som väcker tankar om livets mening, livet efter döden, framgång och misslyckande i livet och religiösa trosuppfattningar. Utredningen indikerar att vårdpersonal gärna undviker denna typ av frågor.

År 2010 avled drygt 90 000 personer i Sverige. Av dessa bedöms cirka 80 procent ha varit i behov av palliativ vård. I stort har den palliativa vården i Sverige utvecklats och förbättras över hela landet, men det varierar kraftigt vilken palliativ vård som kan erbjudas i olika kommuner. Det är vanligt att den är begränsad och att man får ta de insatser som erbjuds med otillräckligt stöd och resurser. Bristande kunskap i vårdfrågor, etik och bemötande är ett problem men även bristen på läkare med kompetens i palliativ vård bidrar till försämrade förutsättningar för en palliativ vård av god kvalitet (Socialstyrelsen, 2006).

Med anledning av dessa brister har Socialstyrelsen satt upp ett antal rekommendationer för hälso- och sjukvården. Den bör i syfte att lindra symtom och främja livskvalité hos patienter i livets slutskede, ge fortbildning och handledning i palliativ vård till personal inom vård och omsorg. För att kunna ge patienten en så adekvat symtomlindring som möjligt behövs regelbunden analys och skattning av smärta hos patienter som har smärta i livets slutskede samt strukturerade bedömningar av patientens övriga symtom. Vidare, för att förebygga oro och missförstånd samt förbättra livskvaliteten hos personer i livets slutskede, bör samtal med patienter om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede ske. Hälso- och sjukvården bör även erbjuda samtal om livsfrågor till patienter i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2006).

2.3 Andlighet och existentiella frågor

I det moderna västerländska samhället behandlades andliga och existentiella frågor tidigare av kyrkan. Fram till mitten av 1900-talet hade kyrkan ett stort inflytande över sjukvården, efter hand avtog det och inom sjukvården kom en positivistisk och materialistisk syn på människan att dominera. Idag råder en holistiskt eller flerdimensionell syn på patienten, patientens upplevelser är i centrum. Patienten är inte bara en skadad kropp utan en hel människa med bland annat andliga och existentiella behov. Då patienterna inte har kontakt med kyrkan i lika stor utsträckning som tidigare så hamnar dessa livsfrågor förr eller senare hos sjukvårdspersonalen (Strang & Beck-Friis, 2012).

2.4 Teoretisk referensram

I denna litteraturöversikt används Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Travelbees teori utgår från mötet mellan patient och sjuksköterska, hur samspelet upplevs och vilka följder det får för patienten och hens tillstånd. Teorin bygger på en existentiellisk åskådning, utgångspunkten är att människan är unik. Teorin tar avstånd från begreppen patient och sjuksköterska vilka reducerar den enskilda individen till något generellt (Kirkevold, 2000).

”Vårdgivaren kan inte veta hur individen upplever sin sjukdom utan att tala med vederbörande och av honom få höra vilken mening han själv lägger in i sitt tillstånd”

(Travelbee, 1971, sid 52) i Kirkevold, 2000, sid 132.

Människor behöver hjälp med att finna olika mening i olika livserfarenheter. Detta är syftet med omvårdnad och det uppnås genom att en mellanmännslig relation etableras. En sådan relation är både en process och ett medel att ge omvårdnad. Det är sjuksköterskans ansvar att en sådan relation skapas och vidhålls men relationen måste vara ömsesidig. Innan man uppnår en mellanmännslig relation genomgår man fem interaktionsfaser: det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt (Kirkevold, 2000).

Ett effektivt användande av kommunikation ingår i vad Travelbee kallar sjuksköterskans ”terapeutiska användande av sig själv”, vilket innebär att medvetet använda sin egen personlighet och kunskap för att medverka till en förändring hos den sjuka individen.

Terapeutiskt användande av sig själv kräver bland annat självinsikt (Kirkevold, 2000, s. 137).

”Kommunikation är en förutsättning för uppnående av det som enligt Travelbee är målet för

omvårdnaden, nämligen att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin upplevelse. Interaktionen mellan patient och sjuksköterska äger i stor utsträckning rum via kommunikation” (Kirkevold, 2000, sid 136).

2.5 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan arbetar i olika kontexter och olika omfattningar. Sjuksköterskans roll i den palliativa vården är bedöma patientens problematik systematiskt (symtomlindring) och att skapa en anpassad och balanserad omvårdnad som bygger på att skapa goda relationer, ha en stöttande roll för den sjuke och dess familj. Att kunna kommunicera verbalt som icke verbalt och även kunna koordinera andra yrkesprofessioner i teamet kring patienten tillhör också sjuksköterskeyrket (Strang & Beck-Friis, 2012).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor tar upp fyra grundläggande områden som sjuksköterskan har ansvar för. Sjuksköterskan ska främja hälsa, förebygga, sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan ska visa professionalitet så som lyhördhet och medkänsla samt medverka till ett etiskt förhållningssätt och en öppen dialog inom hälso- och sjukvården. Vidare ger sjuksköterskorna omvårdnad som tar hänsyn till människors värderingar, vanor och tro (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Omvårdnad bedrivs på personnivå och innehåller en relation samt sakaspekt. Mötet mellan patient och vårdare ska vara ett tillfälle där ömsesidig öppenhet finns, det är dock nödvändigt att vårdaren reflekterar över att patienten är i beroendeställning. Lidandet är unikt, individuellt och lidandet måste bekräftas för att kunna lindras. Därför måste vårdaren vara tillgänglig och närvarande för att underlätta för patienten att kunna försonas med sitt lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Att jobba som sjuksköterska innebär många möten, ett gott bemötande kännetecknas av respekt för patientens integritet och självbestämmande. Teamarbete är en vanlig arbetsform inom den svenska sjukvården och är idag en självklar kärnkompetens. Vården riktar in sig på att hjälpa och stödja patienten och samla den kompetens som behövs för att klara det. I teamarbete finns det potential vad gäller spridning av informations- och arbetsuppgifter samt förutsättningar för ett transparent arbetssätt (Leksell & Lepp, 2013).

En kompetens som sjuksköterskan förväntas ha är att bedriva evidensbaserad omvårdnad. Evidensbaserad omvårdnad innebär att man väger samman en patients unika förutsättningar och preferenser/önskemål med bästa tillgängliga vetenskapliga bevis för nyttan av olika åtgärder när man utformar vården (Leksell & Lepp, 2013).

2.6 Problemformulering

Sjuksköterskor kommer förr eller senare i kontakt med andliga och existentiella frågor i sin yrkesroll. Sjuksköterskornas yrkesetiska kod säger att sjuksköterskan bland annat ska lindra lidande. Lidandet är unikt, individuellt och lidandet måste bekräftas för att kunna lindras. Därför bör sjuksköterskan vara tillgänglig och närvarande för att underlätta för patienten att kunna försonas med sitt lidande. För att kunna vara närvarande och på så vis lindra lidandet måste sjuksköterskan först skapa en mellanmänsklig relation med patienten. Interaktionen mellan patient och sjuksköterska äger i stor utsträckning rum via kommunikation. Därför är kommunikation enligt teorin en mycket viktig egenskap. Av den anledningen är det intressant att sammanställa studier av sjuksköterskors erfarenheter av mötet i kontexten existentiella och andliga frågor vid palliativ vård.

2.7 Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att sammanställa hur andliga och existentiella frågor beskrivs i forskning utifrån sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård.

2.8 Definition av centrala begrepp

Andlighet

Med andlighet menas i denna studie människans djupaste relationer till sig själv, till medmänniskorna och till en eventuell högre makt, exempelvis gud (Strang & Beck-Friis, 2012).

Existentiella frågor

Frågor från patienter som handlar om den mänskliga existensen så som; meningen med livet, döden, relationer, skuld och ångest (Strang & Beck-Friis, 2012).

Hospice

Är en speciell vårdform som syftar till att lindra smärta, ge psykologiskt stöd till patienten och dennes familj samt hjälpa patienten att leva så aktivt som möjligt, trots att döden är förestående (Strang & Beck-Friis, 2012).

Vuxen

Med vuxen menas i denna litteraturöversikt en människa, oavsett kön, som är 18 år eller äldre.

3. METOD

3.1 Design

Studien är en litteraturöversikt av kvantitativa och kvalitativa artiklar. En litteraturöversikt handlar om att utgå från befintlig forskning som presenteras i litteratur eller som i denna studie vetenskapliga artiklar, för att skapa en översikt inom ett visst område inom omvårdnad. (Friberg, 2012). Enligt Polit & Beck (2012) ska huvudsakligen originalartiklar användas som primärkälla. Originalartiklar är artiklar som presenterar forskningsresultat för första gången, något som är nytt som inte har kopierats från annan tidigare publicerad forskning (Friberg, 2012). I denna litteraturöversikt användes endast originalartiklar som primärkällor.

3.2 Urval av litteratur

Sökning efter vetenskapliga artiklar som var av kvantitativ eller kvalitativ design publicerade mellan åren 2005-2015 gjordes.

För att hitta relevanta och användbara sökord relaterade till syftet användes ”Svenska MeSH” för att kunna översätta svenska begrepp till sökbara begrepp.

Sökorden som användes var: Palliative care, hospice, terminal care, existential, spiritual, spiritual care, nursing, nursing staff. Sökorden kombinerades med hjälp av de booleska operatorerna ”AND” och ”OR” . För att vidga antalet sökträffar användes ”trunkering” på sökorden nurse, ”nurs*”, existential ”exist*” och spirituality ”spirit*”. Databaserna som användes för att söka vetenskapliga artiklar var CINAHL och Pubmed. CINAHL innehåller artiklar från tidskrifter som inte kan hittas i Medline och har omvårdnadsforskning som specialitet (Forsberg & Wengström, 2013). Pubmed är en fritt tillgänglig medicinsk databas vilken är en version av Medline och innehåller fler referenser. Pubmed tar med artiklar som

är under arbete som ännu inte erhållit MeSH-termer (Willman, Stoltz & Bahtsevani , 2011).

Begränsningar

Artiklarna som användes var skrivna på engelska och var femton till antalet. I denna litteraturöversikt användes endast vetenskapliga originalartiklar. Artiklarna som användes var granskade flera gånger av forskare som var kunniga inom området, detta kallas att artiklarna är *peer reviewed* (Willman et al., 2011). För att kontrollera om artiklarna var expertgranskade nyttjades Ulrichweb. Artiklarna var också etiskt godkända.

3.3 Inklusionskriterier

Vuxna över 18 år.

Originalartiklar.

3.4 Värdering av artiklarnas kvalitet

De vetenskapliga artiklarna lästes i sin helhet och kvalitetsbedömdes sedan enligt Högskolan Dalarnas modifierade granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvantitativa och kvalitativa studier (se bilaga 1 och 2). Poängsättning skedde enligt granskningsmallen där artiklar av hög kvalitet får minst 23 respektive 20 poäng (> 80 %) och artiklar av medelhög kvalitet får minst 19-22 respektive 15-19 poäng (70-79%). Endast artiklar av hög och medelhög kvalitet användes.

3.5 Tillvägagångssätt

Författaren gjorde från början en inledande sökning för att få en överblick över det valda ämnet. Därefter kombinerades olika söktermer tillsammans med de booleska operatoreorna ”AND” och ”OR”. Trunkering och MeSH-termer användes i sökningarna som gjordes i databaserna CINAHL och Pubmed. Sökningarna visade sig vara tidskrävande då få artiklar hittades. Artiklar valdes ut efter titel och abstract och lästes sedan igenom. Genom att läsa abstracts gjordes en första gallring. Resultaten av sökningar sammanställdes i en sökmatrix (se bilaga 1). Då antalet artiklar som hittades var lågt gjordes en sekundärsökning. En sekundärsökning görs genom att studera referenslistor och där leta efter relevanta referenser (Friberg, 2012).

De relevanta artiklarna kvalitetsgranskades därefter enligt den modifierade granskningsmallen från Högskolan Dalarna (se bilaga 3 och 4). Eftersom få artiklar hittades

gjordes därför en sekundärsökning och ytterligare tre för syftet relevanta artiklar hittades. Dessa lästes igenom och kvalitetsgranskades. Författaren har enskilt sammanställt litteraturstudien.

3.6 Analys

De valda studierna läses igenom och resultaten presenteras i en resultattabell. Därefter är det möjligt att välja att söka efter likheter och skillnader mellan studierna. Sedan görs en beskrivande sammanställning (allmän översikt) eller en syntetiserande sammanställning (integrativ översikt). Innehållet i aspekterna som handlade om samma sak sorteras under samma rubrik. På så vis skapas kategorier (Friberg, 2012). I denna litteraturöversikt gick analysen till på följande vis. Artiklarna som valts ut lästes igenom flera gånger och innehållet sammanfattades i en resultattabell. Artiklarna lästes igenom och kategorier samt underkategorier framträdde. De kategorier och underkategorier som återkom i flera artiklar sammanfattades för hand på papper. Innehållet i kategorierna sammanfattades sedan i resultatet sorterat under tre huvudkategorier.

3.7 Forskningsetiska aspekter

Författarens ställningstaganden vad gäller de etiska aspekterna följer SSNs riktlinjer från 2003. Endast originalartiklar har använts och vid översättning från artiklarna som var på engelska har översättningen skett så noggrant som möjligt och inte medvetet förvrängts eller översatts fel. Egna åsikter och tankar har inte tagits med i resultatet som inte heller förvrängts och källor har redovisats fortlöpande. Då denna studie var en litteraturstudie krävdes inget etiskt tillstånd och det som skrevs återgavs sanningsenligt. Endast studier som fått tillstånd från en etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden har gjorts användes (Forsberg & Wengström, 2013).

4. RESULTAT

Till grund för resultatet av denna litteraturöversikt var femton vetenskapliga artiklar. Artiklarna som lästes var nio kvalitativa, fyra kvantitativa samt två artiklar med både en kvalitativ och kvantitativ ansats. Studierna är genomförda i flera olika länder; USA, Irland, England, Sverige, Australien, Uganda, Nya Zeeland, Singapore och Norge. Materialet som analyserats utifrån syftet, vilket utgått från sjuksköterskors erfarenheter, sammanfattades

under tre huvudkategorier: Yttre förutsättningar och hinder, vårdandets konst och sjuksköterskans inre förutsättningar.

4.1 Yttre förutsättningar och hinder

Det förekom varierande hinder för att prata kring andliga och existentiella frågor. Tid rapporterades som en signifikant och svårfångad faktor i givande av andlig omvårdnad och var det vanligaste hindret. Många sjuksköterskor talade om att de inte hade tid att diskutera patientens oro på grund av deras arbetsbelastning och tvekade att fråga om patientens existentiella och andliga behov på grund av tidsbrist. (Belcher & Griffiths, 2005; Balboni, Sullivan, Amobi, Phelps, Gorman, Zollfrank, Peteet, Prigerson, VanderWeele & Balboni, 2012; Keall, Clayton & Butow, 2014; Tornøe, Danbolt & Sørli, 2015).

Kirurgsjuksköterskor på ett svenskt sjukhus beskriver att de ville vara flexibla när de kommunicerade med sina patienter men upplevde det som svårt att uppnå på grund av tidsbrist (Udo, Melin-Johansson, Henoch, Axelsson & Danielsson, 2014).

Mer tid krävdes för de obotligt sjuka och deras närstående än för de med akuta klagomål. När man inte hann med jobbet som skulle göras väcktes en känsla av stress och otillräcklighet. På sjukhus där man vårdade både döende och akut sjuka patienter upplevde sjuksköterskorna att de akuta patienterna prioriterades, vilket gjorde att man inte fick så mycket tid för de patienter som var döende (Johansson & Lindahl, 2011; Smyth & Allen, 2011).

Tidstillgång betonades speciellt som en aspekt för att kunna ha en god konversation, dock nämnde vissa sjuksköterskor att det inte var tidsbrist utan snarare en prioriteringsfråga (Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-Johansson, 2013). På ett Ugandiskt hospice hade sjuksköterskorna så många olika ansvarsområden att de saknade tid för att ge adekvat andlig vård. De saknade även tid för självreflektion. (Kale, 2011). Tid med patienten beskrevs som en viktig del i den andliga omvårdnaden och var mycket underrepresenterad i journalföringen vilket gav konsekventa antydande hur man skulle bemanna (Bailey, Moran & Graham, 2009).

De sjuksköterskor som genomgått utbildning och träning i existentiella frågor i en utbildningsintervention, fick signifikant ökat självförtroendet i att kommunicera med patienter som var vid livets slutskede och som inte fann någon anledning kvar att leva. Utbildningen innefattade teoretisk träning gällande grundläggande konversationsmetoder, ökad uppmärksamhet av patientens behov, existentiella ämnesområden som livet och döden, frihet, relationer, ensamhet och meningen med livet kombinerat med reflektioner i grupp för att åstadkomma en ökad förståelse för existentiella frågor (Hench et al., 2013). Undervisningen sjuksköterskorna hade fått var i form av seminarier, lektioner, presentation på arbetet, konferens, under den formella utbildningen, läsa artiklar eller personlig "research", reflektion och interagerande med kollegor, egen religiös åskådning och online learning (Taylor, 2013; Udo et al., 2013).

Det främsta sättet att införliva andlig omvårdnad vid vård i livets slutskede var genom utbildning (Balboni et al., 2012).

Sjuksköterskorna hade ofta i början otillräcklig förmåga och kunskap om en lyhördhet för andlig dimension i omvårdnaden. Deras kunskaper visade sig ha utvecklats genom år av experimenterande i sin yrkesroll som sjuksköterska (Smyth & Allen, 2011).

Deltagarna i en undersökning identifierade ett antal utbildningsbehov på grund av otillräcklig utbildning inom andlig vård. Det som nämndes var skillnader mellan religion och andlighet, att initiera diskussioner om andlighet, andlig bedömning, basal förståelse av andra religioner och kulturer. Även andlig utövning, ritualer, integration av andlighet i vården av patienten, praktiska interventioner för svåra omständigheter och andlig vård för patienter som inte är religiösa eller tror på en högre makt omnämndes. Vidare tog sjuksköterskorna upp det interdisciplinära teamets roll i att ge andligt stöd, frågor relaterande till livets slutskede, andliga kriser, konflikter och skillnader, den andliga vårdens roll inom hospice vård, andlighet och alternativa hälso- och sjukvårdspraktiker (Belcher & Griffiths, 2005).

En annan svårighet var att vårda både akut sjuka och de som var dödligt sjuka samtidigt, sjuksköterskorna uttryckte det i fraser såsom arbetsbelastning, tidsbegränsningar, beroende av antalet andra patienter som krävde hög omvårdnad (Smyth & Allen, 2011).

Sjuksköterskornas skicklighet och erfarenhet, tillgång på personal, övrig personals attityder till att ge andlig vård utgjorde organisatoriska begränsningar (Smyth & Allen, 2011).

Sjuksköterskorna sa att de tvekade att fråga om patientens andliga och existentiella behov på grund av otillräcklig bemanning. Sjuksköterskor angav att en uppmuntrande organisation underlättade goda konversationer. Tillräckligt med personal lyftes fram som speciellt viktigt för detta (Strang et al., 2013; Tornøe et al., 2015).

De flesta sjuksköterskorna uttryckte en stark vilja att ha en separat vårdinrättning för palliativ vård och en längtan för en speciell och skyddad plats med resurser för att tillfredsställa de speciella behoven som patienterna och deras familjer hade (Johansson & Lindahl, 2011). Vårdmiljön citerades också som en faktor i svårigheten eller oförmågan att utföra sitt ansvar. Speciellt inredda rum betydde mycket för sjuksköterskorna och patienterna. Dessa rum stärkte kommunikationen, lugn och harmoni existerade här. Speciellt inredda rum representerade en plats för vila för patienten, deras anhöriga och personalen och inkluderade en känsla av säkerhet i vårdprocessen (Belcher & Griffiths, 2005).

Svårigheterna som sjuksköterskorna identifierade i att bedöma andliga behov vid akutsjukvård berodde främst på organisatoriska begränsningar som brist på avskildhet och att det inte fanns något utsett rum eller allrum för privat begrundade eller reflektion (Smyth & Allen, 2011). Sjuksköterskor angav att en uppmuntrande organisation underlättade goda samtal. En ostörd plats lyftes fram som speciellt viktigt för detta. Speciellt stressigt var det i hemsjukvården då många konversationer blev avbrutna eftersom sjuksköterskan var tvungen att vara tillgänglig på telefonen (Strang, et al., 2013). Brist på avskildhet på grund av närvarande familjemedlemmar eller andra professioner, kunde kväva meningsfulla konversationer. Detta kunde vara ett problem både i hemmet eller på den slutna avdelningen (Keall, et al., 2014). Sjuksköterskorna tvekade att förhöra sig om patientens andliga eller existentiella behov på grund av risken att bli avbruten (Tornøe et al., 2015).

En av de mest viktiga aspekterna av vård i livets slutskede var kompetensen och förmågan hos sjukvårdspersonalen att arbeta tillsammans (Griggs, 2010). Att som sjuksköterska på ett lämpligt sätt kunna bedöma när en patient behövde hänvisas till en annan kollega i det multidisciplinära teamet, var en nyckelroll för sjuksköterskan. Vid tillfällen då sjuksköterskan var oförmögen att erbjuda tröst eller saknar kunskap, var det viktigt att hänvisa vidare till någon annan i teamet, till exempel sjukhusprästen eller annan rådgivare (Keall, et al., 2014; Strang et al., 2013).

Det vanligaste sättet som hospicesjuksköterskor interagerade med så kallad ”prästerlig omvårdnad” var när de tillsammans planerade ”kollaborativ planering”. Ett annat tillfälle var när de hänvisade patienten och deras familjer till prästerlig omvårdnad. Det var tydligt att det fanns en kontinuerlig aktivitet, en interdisciplinär roll som blev kärnan i förhållandet mellan omvårdnad och prästerlig omvårdnad. Detta förhållande var högt värderat och det ömsesidiga stödet som utvecklades behövdes för att ge omvårdnad i den omfattning som behövdes av hospicepatienterna och deras familjer (Belcher & Griffiths, 2005).

4.2 Vårdandets konst

Vikten av att skapa en personlig kontakt uttrycktes av flera sjuksköterskor. Sjuksköterskor betonade nödvändigheten av att initiera och etablera en förtroendefull relation innan de försökte förhöra sig om patientens andliga och existentiella behov. När de väl har denna relation kände sig patienterna komfortabla att uttrycka sina andliga behov (Bailey, Moran & Graham, 2009; Belcher et al., 2005; Tornøe, Danbolt & Sørli, 2015). Sjuksköterskor i Singapore såg detta som ett absolut nödvändigt kännetecken för andlig omvårdnad (Tiew, Kwee, Chan, 2013). Många sjuksköterskor såg som sitt ansvar att öppna upp existentiella konversationer och underlätta konversationen mellan patienter och deras släktingar. För att kunna göra det behövde sjuksköterskorna bygga upp förtroende och vara fördomsfria, tillgängliga och flexibla (Strang et al., 2013).

Nyckeln i aktivt lyssnande beskrevs av sjuksköterskorna som att använda sig av öppna frågor, svara med en fråga, skicka tillbaka en fråga, använda humor när det var lämpligt och undvika laddade ord (Strang et al., 2013). Några sjuksköterskor pratade om betydelsen av att ge patienten 100 % av sin uppmärksamhet och visa dem att man hört vad dom har sagt genom att omskriva deras ord (Keall et al., 2014). Aktivt lyssnande användes frekvent och sjuksköterskorna var bestämda i sin åsikt att etablera en förtroendefull relation och vara tillgänglig och mottaglig för de andliga behoven som uttrycktes av patientens eller dennes familj var prioriterat (Belcher et al., 2005).

Enligt de professionella sjuksköterskorna beskrevs verbal och icke verbal kommunikation, bibehålla positiv attityd, hopp, respekterande av patientens och familjernas tro, att vara

empatisk, accepterande och stödjande (Belcher et al., 2005). Sjuksköterskor avslöjade att förmågan att ge andlig omvårdnad var beroende av ”patientens förmåga att tala” (Smyth & Allen, 2001).

Ett par sjuksköterskor pratade om att vara uppmärksam på icke-verbala signaler från patienten och deras egna icke-verbala beteende, för att fullt ut kunna samarbeta med patienten och lätta på deras börda (Keall et al., 2014). Några av sjuksköterskorna påpekade att tillåta tystnad, i stället för att fylla tomrummet med frågor och kommentarer, gav patienten möjligheten att utveckla sina tankar i lugn och ro utan att bli vägledd (Keall et al., 2014). Ibland kommunicerade sjuksköterskorna nästan helt utan ord, när patienten inte kunde sätta ord på sina egna känslor. Ordlös kommunikation ansågs ofta som svårt, även när det berodde på brist på styrka eller språklig förvirring. Kroppsspråk och tecken avslöjade om sjuksköterskan kunde hantera ordlös kommunikation eller om de hade tålamod och tid att stanna (Strang et al., 2013).

Tillgänglighet och närhet var förutsättningar för att kunna se och lära känna patienten och deras familjer och på så vis möta och ge dem vård (Johansson & Lindahl, 2011).

Äkta närvaro var av yttersta vikt under en konversation av existentiell natur. När en patient led av dödsångest var lösningen inte i första hand att ge mer ångestdämpande medicin utan att ha mod att stanna kvar hos patienten (Strang et al., 2013). Några deltagare i en studie beskrev och använde frasen ”att gå bredvid patienten” för att beskriva ett närmande i vilket de inte försökte ändra saker, utan försökte stötta patienten i sina beslut och lyssna till när patienten var redo att prata om andliga problem (Keall, et al., 2014). Tre fjärdedelar av en undersökningsgrupp framhövde att ”vara med” patienten på hans resa var en betydande aspekt av andlig vård (Bailey et al., 2009). En annan studie visar dock att hospicesjuksköterskorna i deras studie inte anser att ”vara med” patienten var en form av andlig omvårdnad (Tiew et al. 2013).

Att hjälpa patienter och deras familjer att uppnå försoning var en viktig del av sjuksköterskornas andliga och existentiella vård. De satte stor betydelse i att uppmuntra familjemedlemmar att tala med varandra för att kunna dela sin sorg, skapa frid och ta farväl (Tornøe et al. 2015). Sjuksköterskorna ansåg sig vara ansvariga för familjemedlemmarnas välmående. Släktingarna behövde få tala, avlasta sig själva och skrika ut sin ilska och

förtvivlan. Sjuksköterskan kunde fråga ”hur mår du?” och patienten kunde svara ” - Det är första gången någon frågar mig hur *jag* mår.” (Strang et al., 2013).

För en del sjuksköterskor kunde bön ge en ingång för att skapa en relation med patienten. Även om sjuksköterskorna kanske inte själva var speciellt religiösa så kunde de genom att be tillsammans med patienten få patientens tillåtelse att mildra patientens psykiska smärta (Tornøe, 2015). Många sjuksköterskor använde bön som ett sätt att ge andlig omvårdnad. Bön användes när patienter efterfrågade den, när patienten var kristen och när den ansågs som lämplig. Bön användes som andlig praktik som på ett signifikant sätt var integrerad i de dagliga rutinerna hos många av sjuksköterskorna (Belcher & Griffiths, 2005). Att be ansågs av sjuksköterskor på Hospis i Uganda vara ett mycket viktigt redskap som kunde delas med patienter oavsett tro, eftersom det kan vara universellt och icke-konfessionellt (Kale, 2011).

4.3 Sjuksköterskans inre förutsättningar

En del sjuksköterskor uttryckte att andlig bedömning utlöstes genom signaler från patienten, vilket krävde observation och ett aktivt lyssnande. Dessa signaler inkluderade patienternas interaktion med sjuksköterskorna, familjerna, andra besökare, sömnmönster samt psykisk och emotionell smärta (Smyth & Allen, 2011). I relationen med patienten var det viktigt att följa patientens emotionella tillstånd för att inte påtvinga eller undvika en konversation. Det var viktigt att ha förmågan att fånga upp små ledtrådar från patienten eftersom patienten ibland testar om sjuksköterskan är redo att lyssna (Strang et al., 2013).

En stor del av sjuksköterskorna i en undersökning lyfte fram erfarenhet och intuitiv förmåga som en viktig roll för sjuksköterskorna när de gav andlig omvårdnad i livets slutskede (Bailey et al., 2009). En intuitiv tyst kunskap är en kunskap som sjuksköterskor innehar utan att tänka på den. Det betydde att man hade en god självkänedom och kännedom om andra (Johansson & Lindahl, 2011).

Sjuksköterskor hade en viktig funktion som ”emotionella bägare”. Äldre sjuksköterskor som hade lång erfarenhet verkade vara mer villiga att engagera sig i patienternas andliga och emotionella smärta. De antog att de äldre sjuksköterskornas längre livs- och professionella erfarenheter hade gjort dem mer tåliga att bära tyngden av patienternas smärta, än de yngre

sjuksköterskorna. (Tornøe et al. 2015). För många sjuksköterskor ökade självförtroende och erfarenhet deras förmåga att ge omvårdnad. Många sjuksköterskor kom ihåg hur otillräckliga eller obekväma de kände sig när de i början av sina karriärer diskuterade känsliga problem med sina patienter (Keall et al., 2014). När man vårdade en döende patient var det viktigt med kunskap om palliativ vård ändock var inte alltid behovet av ny extern kunskap utan kunskap om en själv som person och hur man kunde använda sin levda kunskap (Johansson & Lindahl, 2011).

De sjuksköterskor som genomgått utbildning och träning i existentiella frågor i en utbildningsintervention, fick signifikant ökat självförtroendet i att kommunicera med patienter som var vid livets slutskede och som inte fann någon anledning kvar att leva. Utbildningen innefattade teoretisk träning gällande grundläggande konversationsmetoder, ökad uppmärksamhet av patientens behov, existentiella ämnesområden som livet och döden, frihet, relationer, ensamhet och meningen med livet kombinerat med reflektioner i grupp för att åstadkomma en ökad förståelse för existentiella frågor (Hench et al., 2013). På Hospice Uganda hade sjuksköterskorna brist på självförtroende i att ge adekvat och korrekt andlig bedömning. Särskilda svårigheter hade de att hantera patienter som sökte alternativa andliga förklaringar, i tid samordna med olika religiösa ledare samt ge vård till patienter med olika typer av dialekter (Kale, 2011).

På frågan ”hur lärde du dig om patientens andliga behov” svarade en del sjuksköterskor att de lärde sig genom sin egen livserfarenhet och behov, medan andra erkände att deras kunskapsbas växte ur en medvetenhet och som ett uttryck för ”min egen självutforskning av min andlighet och som en reflektion av mina egna andliga behov” (Belcher & Griffiths, 2005). Att vårda patienter i livets slutskede innebär att sjuksköterskan måste ha en djup kunskap om palliativa vårdmöten för att kunna möta patienternas och familjernas behov. Dock var inte alltid behovet extern kunskap, utan kunskap om sig själv som person och hur sjuksköterskan kan använda sin livskunskap. Det rörde den tysta intuitiva kunskapen som sjuksköterskor hade utan att tänka på den (Johansson & Lindahl, 2001). Sjuksköterskorna i en utbildningsintervention uttryckte att den hade gjort dem mer medvetna om hur deras personliga känslor kunde påverka deras möten med patienter. Sjuksköterskorna reflekterade över betydelsen över att bearbeta existentiella problem och erkände vikten av att göra det, inte

bara för patientens skull utan även för dem själva i deras privata liv, för att påverka deras förmåga att handskas med krävande och utmanande situationer (Udo et al., 2013).

Hospicesjuksköterskor uppfattningar om andlighet och andlig omvårdnad reflekterades som fyra faktorer på en Spiritual Care-Giving Scale, SCGS. Kännetecknen definierades och förutsättningar för andlig omvårdnad var andlig medvetenhet, empati och att etablera tillit. (Tiew, et al., 2013). Några sjuksköterskor identifierade att om de visade medkänsla och empati för patientens omständigheter så möjliggjordes en fördjupning av det terapeutiska förhållandet, mellan sjuksköterska och patient (Keall et al., 2014).

Att möta döende patienter väckte existentiella tankar om ens egen död och hur man skulle reagera. Det blev lättare för sjuksköterskor att konfrontera patienter och deras anhöriga med den här typen av problem om de hade reflekterat över sin eget varande i världen. Detta beskrevs som att hitta sig själv, både som person och som professionell sjuksköterska (Johansson & Lindahl, 2011). Sjuksköterskor i en utbildningsintervention beskrev en uppväckt rädsla för döden när de såg patienters lidande och oro. De beskrev att när de vårdade svårt skadade och döende patienter väcktes tankar om hur de själva skulle hantera en liknande situation (Udo et al., 2013). Många sjuksköterskor upplevde som en brist att de hade rädsla för det okända, de var rädda för vad de skulle kunna upptäcka och på så vis göra en dålig situation värre om de tog upp denna typ av frågor (Keall et al. 2014)

En del sjuksköterskor beskrev att de kände sig speciella och utvalda av patienten. Att de var just de som patienten kunde kommunicera med om deras mest svåra problem som rörde döden och döendet (Browall et al., 2014). Sjuksköterskorna var mycket nöjda med konversationerna och kände sig hedrade av förtroendet som patienterna och deras familjer visade (Strang et al., 2013).

Att arbeta med dödligt sjuka patienter var mycket energikrävande. Möten med patienter betydde ofta att man var tvungen bjuda på sig själv, både som en medmänniska och som professionell sjuksköterska, vilket resulterade i en ”dränering av energi” och att ”vara i ett existentiellt tomrum” (Johansson & Lindahl, 2011). Ibland betraktade sjuksköterskor existentiella konversationer som en tung börda, vilka dränerade dem på energi och kunde trigga oro. Identifikation med patienten blev speciellt utmanande och orsakade att

sjuusköterskan tänkte” det kunde ha varit jag”. Det var också frustrerande att handskas med unga patienters oro och att trösta barn med döende föräldrar (Strang et al. 2013).

Att arbeta på en avdelning som vårdade både akuta och palliativa patienter upplevde sjuusköterskor både som positivt och negativt. Positivt var att sjuusköterskor fick en balans mellan botande akutsjukvård och lindrande palliativ vård. ”Vara nära döden” gav sjuusköterskor känslan av att livet och döden var en naturlig del av livsvärlden. Den negativa aspekten var den psykiska och andliga splittringen mellan att arbeta med döende patienter och de som led av akut sjukdom. Sjuusköterskorna kände att de var i ett tillstånd av ständig förändring i sitt dagliga arbete (Johansson & Lindahl, 2011).

Det fanns ett verkligt behov av att veta och dela varandras känslor och erfarenheter. Att reflektera tillsammans blev därför ett ovärderligt stöd. En förutsättning för att dela varandras mest innersta tankar var en förmåga att ta emot känslor som omvårdnaden väckte (Johansson & Lindahl, 2011). Sjuusköterskor som genomgick en utbildningsintervention uttryckte att möjligheten att sitta ner och lyssna, diskutera och reflektera i grupp tillsammans med kollegor om viktiga frågor med en gruppleddare som guidade dem bidrog till en känsla av lättnad och gav ett ökat självförtroende när de insåg att de inte var ensamma med sina känslor (Udo et al., 2013). Sjuusköterskor betonade vikten av att ta pauser från de ansvarsfulla konversationerna och att ha möjligheten att diskutera med kollegor. Bara det att kunna berätta för en kollega hur trött eller ledsna de kände sig var viktigt (Strang et al., 2013).

För att klara av sitt dagliga arbete var det viktigt att sjuusköterskor bibehöll en viss distans i vårdrelationen och inte blev för personligt involverade. Det betydde att de inte skulle tillåta relationen med patienten och dennes familj att bli för privat och krävde förmågan att behålla en balans mellan närhet och avstånd (Johansson & Lindahl, 2011). Sjuusköterskorna lärde sig att vara professionella och hittade en balans mellan närhet och distans. De kände också att det var lättare att tala om existentiella frågor efter att ha arbetat några år inom detta område. Sjuusköterskorna var nöjda med att de gjorde sitt yttersta (Strang et al., 2013)

5. DISKUSSION

Syftet med studien var att sammanställa hur andliga och existentiella frågor beskrevs i forskning utifrån sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård. I resultatet framträdde tre kategorier av sjuksköterskornas erfarenheter; Yttre förutsättningar och hinder, vårdandets konst samt sjuksköterskans inre förutsättningar. För att kunna ge en bättre andlig och existentiell omvårdnad behöver de yttre förutsättningarna ge tid för mötet mellan sjuksköterska och patient, vårdmiljön organiseras så detta möjliggörs, teamarbete tillämpas och utbildning ges.

Observationsförmåga, intuition, erfarenhet, empati och självkänedom är önskvärda egenskaper som sjuksköterskorna bör inneha för att i vårdandet kunna bygga upp en förtroendefull relation med patienten. Denna relation byggs vidare upp genom att sjuksköterskan är närvarande och kommunicerar på ett adekvat sätt för att kunna ge patienten en god andlig och existentiell omvårdnad vid livets slutskede.

5.1 Resultatdiskussion

Gott om tid, en god vårdmiljö och en rimlig arbetsbelastning nämns i flera studier som en förutsättning för att kunna bemöta patientens existentiella och andliga frågor. Om förutsättningar ges för utbildning och teamarbete uppfattas detta som positivt.

Begränsat med tid nämndes som exempel på en faktor som försvårar för sjuksköterskan att utföra andlig vård (Belcher & Griffiths, 2005). Mer tids krävs för de obotligt sjuka och deras närstående än för de med akuta klagomål. När man inte hinner med jobbet som skall göras väcks en känsla av stress och otillräcklighet (Johansson & Lindahl, 2011).

Utbildning till de som praktiserar andlig omvårdnad är det främsta sättet att införliva andlig omvårdnad till vård vid livets slutskede i förhållande till de nationella riktlinjerna (Balboni et al, 2012). Sjuksköterskornas skicklighet och erfarenhet, tillgång på personal, övrig personals attityder till att ge andlig vård utgjorde organisatoriska begränsningar (Smyth & Allen, 2011). Att som sjuksköterska på ett lämpligt sätt kunna bedöma när en patient behövde hänvisas till

en annan kollega i det multidisciplinära teamet, var en nyckelroll för sjuksköterskan. Vid tillfällena då sjuksköterskan var oförmögen att erbjuda tröst eller saknar kunskap, var det viktigt att hänvisa vidare till någon annan i teamet, till exempel sjukhusprästen eller annan rådgivare (Keall, et al., 2014; Strang et al., 2013).

Författaren hade förväntat sig att utbildningsinsatser oftare skulle lyfts fram som en positivt påverkande aspekt. Utbildningsinterventioner gav visserligen ofta en förbättring att erhålla andlig och existentiell omvårdnad. Vårdmiljön och organisationen framträdde som en för författaren ganska omfattande påverkande aspekt. Detta var inte från början väntat. Resultatet att tid krävs för en god palliativ omvårdnad och att tid upplevs som en brist var ett väntat resultat. Författarens egen erfarenhet bekräftar denna bild. Det multidisciplinära teamets viktiga roll i den palliativa vården framträdde i resultatet och ansågs av författaren som en självklarhet.

Vårdandet innefattar många aspekter. Relationen med patienten uppfattas som en förutsättning för att kunna ge en meningsfull vård. Att skapa relationer tar tid och den tiden har man inte alltid. Sjuksköterskorna betonar nödvändigheten av att etablera förtroende och en relation innan de försöker förhöra sig om patientens andliga och existentiella behov. När de väl hade denna relation kunde de fråga patienten frågor som var rakt på sak. (Tornøe, Danbolt & Sørli, 2015). Några sjuksköterskor identifierade att om medkänsla och empati visades för patientens omständigheter så möjliggjordes en fördjupning av det terapeutiska förhållandet, mellan sjuksköterska och patient (Keall et al., 2014).

En stor del av resultaten betonar vikten av att skapa en relation för att kunna kommunicera med patienten. Kommunikationen är av stor betydelse för att lyckas ge andlig och existentiell omvårdnad. Detta är i samklang med Travelbees teori som säger att för att kunna kommunicera så behöver man först skapa en relation med patienten. Flera undersökningar betonar vikten av att sjuksköterskan har ett empatiskt förhållningssätt. Empati lyfts fram enligt Travelbee (1971) som en av fem faser i mötet med patienten.

Att som sjuksköterska skapa en förtroendefull relation med patienten anser författaren var ett mycket förväntat resultat, då denna typ av frågor inte är sådana man bara ställer när man träffas för första gången.

Den kliniska blicken, observationsförmågan som kommer med erfarenhet och en gnutta intuition framkom i resultatet tillsammans med en god självkänedom och förmågan att visa empati att vara önskvärda egenskaper som sjuksköterskan bör inneha.

Att vårda patienter i livets slutskede innebär att man måste ha en djup kunskap om palliativ vård för att kunna möta patienternas och familjernas behov. Dock är inte alltid behovet extern kunskap utan kunskap om sig själv som person och hur man kan använda sin levda kunskap. Det rör den tysta intuitiva kunskapen som sjuksköterskor innehar utan att tänka på den (Johansson & Lindahl, 2001). En del sjuksköterskor uttryckte att andlig bedömning utlöstes genom signaler från patienten, vilket krävde aktivt lyssnande och observation. Dessa signaler inkluderade patienternas interaktion med sjuksköterskorna, familjerna, andra besökare, sömnmönster samt psykisk och emotionell smärta (Smyth & Allen, 2011). Under det första mötet mellan patienten och sjuksköterskan är man främmande för varandra och har ofta generaliserade uppfattningar om varandra. Sjuksköterskans förmåga att se den andra personen beror på hennes förmåga att gå utanför sig själv, att idka terapeutiskt användande av sig själv (Kirkevold, 2000).

Författaren är övertygad om att den samlade bilden kring sjuksköterskors erfarenheter av att ge andligt och emotionellt stöd är värdefull för att kunna lindra patientens och anhörigas lidande och öka deras välbefinnande. Kunskapen om vilka förutsättningar som krävs för att samtalet med sjuksköterskan ska äga rum borde synliggöras mera så att man kan eliminera eventuella hinder.

5.2 Metoddiskussion

En litteraturoversikt valdes för att snabbt få en överblick över valt område, eftersom syftet var att sammanställa aktuell forskning. Utifrån uppgiften är det rätt vald metod. Artiklarna begränsades till åren mellan 2005-2015 för att få tillgång till den senaste forskningen, flera av artiklarna har gjorts av samma författare vilket indikerar att det är få som forskar inom området. Detta ses även i sökningarna då olika kombinationer av söktermer gav samma artiklar. Få artiklar hittades men de undersökningarna som gjorts höll en god kvalitet. Detta borgar för en hög validitet. Författaren skulle ha kunnat utöka sökningen till att omfatta äldre artiklar än 2005 och på så vis eventuellt fått några fler. Dock skulle materialet i så fall inte ha

varit av de senaste rönen. Eftersom få artiklar hittades gjordes en sekundärsökning som bestod av att läsa referenslistorna på de artiklar som hittats och där leta efter flera användbara artiklar som inte framkommit i databassökningarna. Nackdelen med få forskare inom området är att tolkningarna riskerar att få mindre bredd. En förklaring till de få artiklarna är att forskningsområdet är relativt nytt. Författaren tolkar det som att det finns många outforskade aspekter inom området. Artiklarna som användes i resultatet kommer från olika ställen i världen: Sverige, USA, Irland, England, Australien, Uganda, Nya Zeeland, Singapore och Norge. Flera resultat visar sig vara liknande oavsett var i världen studierna är gjorda. Då samtliga artiklar i litteraturöversikten granskats och godkänts av en etisk kommitté ger det stor trovärdighet för resultatet. Flera av artiklarna kombinerade kvalitativ och kvantitativ ansats, fördelen med detta är att forskningsområdet kan belysas ur olika synvinklar (Forsberg & Wengström, 2013). De kvalitativa artiklarna gav ett mera utförligt resultat än de kvantitativa. För resultatet är det dock bra att blanda kvantitativa och kvalitativa studier. En svaghet med arbetet skulle kunna vara att författaren har skrivit ensam men eftersom resultatet analyserades flera gånger kan det också ses som en styrka i litteraturöversikten. Vissa av artiklarna hade lågt deltagarantal, vilket kan tänkas påverka validiteten ändå gav de i huvudsak samma resultat som de undersökningar som gjorts med många gånger fler deltagare. En styrka med att få relevanta artiklar är att använda rätt sorts databaser till rätt sorts forskningsområde, av den anledningen användes CINAHL och Pubmed som är vedertagna databaser för omvårdnadsforskning. Det tog lång tid att komma fram till huvudkategorierna som nu presenterats i resultatet eftersom resultatet blev väldigt omfattande. Detta hade eventuellt kunnat begränsas.

5.3. Slutsats

För att kunna ge en bättre andlig och existentiell omvårdnad behöver de yttre förutsättningarna ge tid för mötet mellan sjuksköterska och patient, vårdmiljön organiseras så detta möjliggörs, teamarbete tillämpas och utbildning ges. Observationsförmåga, intuition, erfarenhet, empati och självkänedom är önskvärda egenskaper som sjuksköterskorna bör inneha för att i vårdandet kunna bygga upp en förtroendefull relation med patienten. Denna relation byggs vidare upp genom att sjuksköterskan är närvarande och kommunicerar på ett adekvat sätt för att kunna ge patienten en god andlig och existentiell omvårdnad. Ett forskningsområde skulle kunna vara hur man på bästa sätt utbildar sjuksköterskor och annan vårdpersonal i andlig och existentiell omvårdnad. Ett annat område är hur man ska organisera verksamheten så att tid ges till detta.

5.4. Studiens kliniska betydelse för samhället samt etiska aspekter

Det behövs mer personal så att man kan få mer tid till relationsskapandet. Några undersökningar visade att det kan handla om hur man organiserar verksamheten. Exempelvis finns det på hospice en organisationskultur där relationerna naturligt tar en större plats. Däremot på avdelningar med både palliativa patienter och akut sjuka patienter prioriterades de akut sjuka. Förutsättningarna för att ge en god omvårdnad vad gäller andliga och existentiella frågor kräver tid. Tidsbrist ger enligt undersökningarna utmattade sjuksköterskor. Om sjuksköterskorna inte orkar arbeta kommer de att söka sig till andra arbeten och en brist på sjuksköterskor drabbar alla människor som är i behov av sjukvård. Sjukvården är en samhällsfråga av stor betydelse. Om inte medborgarna i samhället känner att de får en god vård kan de leda till en misstro mot samhället i stort.

REFERENSER

Bailey, M.E., Moran, S., & Graham, M.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), 42-48.

Balboni, M.J., Sullivan, A., Amobi, A., & Phelps, A.C., Gorman, D.P., Zollfrank, A., & Balboni, T.A. (2012). Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. *Journal of Clinical Oncology*, 31(4), 461-467. doi: 10.1200/JCO.2012.44.6443

Belcher, A., & Griffiths, M. (2005). The Spiritual Care Perspectives and Practices of Hospice Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(5), 271-279.

Bhatnagar, S. (2015). Future of palliative medicine. *Indian Journal of Palliative Care* / Jan-Apr 2015 / Vol 21 / Issue 1.

Browall, M., Henoeh, 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, 636-644. doi: 10.1016/j.ejon.2014.06.001

Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., Henoeh, I., & Hammarlund, K. (2014). Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing student's descriptive experiences. *International journal of Palliative Nursing*, 20(10) 509-517.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.

Friberg, F., (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

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

Henoch, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Training Intervention for Health Care Staff in Provision of Existential Support to Patients with Cancer: A Randomized, Controlled Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(6), 785-794. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013

Johansson, K., & Lindahl, B. (2010). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2034-2043. doi: 10.1111/. /j.1365-2702.2011. 03952.x

Kale, S.S. (2011). Perspectives on spiritual care at Hospice Africa Uganda. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(4), 177-182.

Karlsson, M., Roxberg, Å., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: A Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5) 224-232.

Keall, R., Clayton, J.M., & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3197-3205. doi: 10.1111/jocn.12566

Keall, R., Clayton, J.M., & Butow, P. (2014). Australian Palliative Care Nurses' Reflections on Existential/ Spiritual Interventions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(2), 105-111. doi: 10.1097/NJH.0000000000000047

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur

Leksell, J., & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm : Liber AB

Nationella rådet för palliativ vård - nrpv. (2014) *Vad är palliativ vård?* Hämtad 2015-05-30 <http://www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-varld/>

Pettersson, U. (2013). *Etik och socialtjänst*. Gleerups utbildning AB.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwe Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Ronaldson, S., Hayes, L., Aggar, C., Green, J., & Carey, M. (2012). Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2126–2135, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04180.x

Smyth, A., & Allen, S. (2011). Nurses' experiences assessing the spirituality of terminally ill patients in acute clinical practice. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(7), 337-343.

Socialstyrelsen. (2013). *Dödsorsaker 2013*. Hämtad 2015-05-30

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19736/2015-2-42.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Dödsorsaker 2014*. Hämtad 2016-01-02

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19909/2015-8-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2005). *Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma? En registerstudie*. Hämtad 2015-05-30

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10098/2005-123-30_200512331.pdf

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Hämtad 2015-05-30

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla -Värdig vård vid livets slut*. Hämtad 2015-05-30

<http://www.regeringen.se/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

Statistiska Centralbyrån. (2014). Befolkning. Hämtad 2016-01-02
http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/OV0904_2014A01_BR_06_A01BR1401.pdf

Strang, P., & Beck-Friis, B. (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber AB.

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013).
Communication about existential issues with patients close to death- nurses' reflections on content, process and meaning. Hämtad 2015-12-01 från
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3456/abstract>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
Hämtad 2016-01-02 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2016-01-02 från
http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Sygeplejerskers samarbejde i Norden, SSN. *Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden*. Hämtad 2015-06-11.
<http://old.sygepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

Taylor-Johnston, E. (2013). New Zealand hospice nurses' self-rated comfort in conducting spiritual assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(4), 178-185.

Tiew, L.H., Kwee, J.H., Creedy, D.K., & Chan, M.F. (2013). Hospice nurses' perspectives on spirituality. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2923-2933. doi: 10.1111/jocn.12358

Tornøe, K.A., Danbolt, L.J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying- a phenomenological hermeneutical study, *BMC Nursing*, 14 (62), 1-12. doi: 10.1186/s12912-015-0114-6

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects in Nursing*. Philadelphia: Davis, cop.

Udo, C., Melin-Johansson, C., Henoch, I., Axelsson, B., & Danielson, E. (2013). Surgical nurses 'attitudes towards caring for patients dying of cancer – a pilot study of an educational intervention on existential issues. *European Journal of Cancer care*, 23, 426-440. doi: 10.1111. /ecc.12142

WHO. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 2015-05-30.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Sökstrategi

Sökstrategi av utvalda artiklar samt antal träffar, antal lästa och utvalda artiklar.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat, n=15
Pubmed	Nurs* AND palliative care AND exist*	564	150	30	5 ¹⁾
Pubmed	Palliative care AND nursing AND spirituality	59	50	20	2
Pubmed	Palliative care OR hospice OR terminal care AND nursing staff AND spiritual care	54	35	10	1
Pubmed	Palliative care AND nursing AND spirituality AND existential	22	6	5	2
CINAHL	Nurs* AND palliative care AND spirit* AND exist*	52	30	10	5 ¹⁾
CINAHL	Hospice and palliative nursing AND spiritual care	80	45	10	1
CINAHL	Nursing spirituality spiritual care	406	102	40	7 ¹⁾

¹⁾ Samma artiklar förekommer flera gånger vid olika kombinationer av sökord.

Bilaga 2. Sammanställning av artiklar av (n=15) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Belcher, A., & Griffiths, M. 2005 USA	The Spiritual Care Perspectives and Practices of Hospice Nurses	Fastställa i vilken utsträckning sjuksköterskor vid hospice, i motsats till sjuksköterskor inom andra specialistområden, personligen uttrycker spirituella värden och hur de integrerar andlig omvårdnad i sin yrkesroll.	Kvalitativ Enkätundersökning med demografiska frågor och 15 öppna frågor.	n =204 Sjuksköterskor	Hospices sjuksköterskor hade en högre andel andlighet i sitt personliga liv än övriga sjuksköterskor. De värdesätter andlig omvårdnad mer än sjuksköterskor inom andra områden och är bekväma med att använda många olika strategier för att bemöta patienternas andliga behov.	Medel 72 %
Bailey, M.E., Moran, S. & Graham, M.M. 2009 Irland	Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice	Identifiera och beskriva palliativt vårdande sjuksköterskors upplevelser av att utöva andlig omvårdnad vid ett irländskt hospice.	Kvalitativ Inspelade 30-45 minuters semistrukturerade intervjuer över en 8 veckors period som transkriberades och analyserades enligt Burnard's innehållsanalys.	n=22 Sjuksköterskor	Fem subteman framträdde: förståelse av andlighet, konsten att utöva andlig omvårdnad, utbildning och inläring, utmaningen att utöva andlig omvårdnad, tidsperspektiv. Sjuksköterskor i studien var spirituellt självmedvetna och värdesatte högt de spirituella delarna i sin vårdande roll.	Medel 72%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Griggs, C. 2010 England	Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study	Ta reda på och få insikt i kommunala sjuksköterskors uppfattning om en god död och identifiera dess centrala komponenter.	Kvalitativ Inspelade semistrukturerade intervjuer som transkriberades	n=17 Sjuksköterskor	Åtta teman framträdde: symtomkontroll, patientinflytande, ärlighet, andlighet, teamarbete, kommunikation, effektiv organisation och följsamhet i vårdkedjan.	Hög 88%
Johansson, K. & Linddahl, B. 2010 Sverige	Moving between room – moving between life and death: nurses' experience of caring for terminally ill patients in hospitals	Beskriva den allmänna sjuksköterskans erfarenheter av att vårda palliativa patienter på allmänna avdelningar på sjukhus.	Kvalitativ Data insamlades under 3 månader. Inspelade intervjuer med öppna frågor som transkriberades. Data analyserades med en hermeneutisk fenomenologisk analys.	n=8 Sjuksköterskor	Sju teman framkom: Dela slutet av livet med någon annan, berörd av existentiell mening, att existera i tid och rum, att ge och få energi, öppen till relationer med patienter och kollegor, att vara införlivad i kunskap samt tid som inte existerar.	Hög 84%
Smyth, T. & Allen, S. 2011 Australien	Nurses' experiences assessing the spirituality of terminally ill patients in acute clinical practice	Utforska och beskriva hur sjuksköterskor definierar andlighet och applicerar andlig omvårdnad i deras kliniska vardag.	Kvantitativ och Kvalitativ Först gjordes en enkätundersökning som analyserades efter teman. Sedan gjordes ostrukturerade intervjuer i fokusgrupper.	n=16 Sjuksköterskor	Fyra teman identifierades : att förstå andlighet , bedömning av andlighet, svårigheter att bemöta andliga behov och utbildning.	Medel 79% Kvantitativt 76% Kvalitativt

Författare År Land	Titel	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Kale, S.S. 2011 Uganda	Perspectives on spiritual care at Hospice Africa Uganda	Undersöka hur andlig omvårdnad uppfattas i en afrikansk kontext.	Kvalitativ Semistrukturerade Intervjuer som transkriberades och omvandlades till teman.	n= 15 n=13 Sjuksköterskor n= 1 Läkare n=1 Katolsk präst	Deltagarna såg ingen skillnad mellan religion och andlighet. De var mindre komfortabla med att ge andlig omvårdnad till patienter med ugandiska traditioner och kulturer. Speciellt de som hade med trolldom och besvärjelser att göra. Andra svårigheter var tidsbrist, brist på resurser, brist på tillgängliga religiösa ledare och språkbarriärer.	Hög 84%
Balboni, M.J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A.C., Gorman, D.P., Zollfrank, A., Petet, J.R., Prigerson, H.G., Vanderweele, T.J., & Balboni, T.A 2012 USA	Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of training.	Fastställa faktorer som bidrar till att man sällan tillhandahåller andlig omvårdnad av sjuksköterskor och läkare som vårdar patienter i livets slutskede.	Kvantitativ Enkätundersökning under 3 års tid.	n=391 n=69 Patienter n= 118 Sjuksköterskor n=204 Läkare	De flesta patienterna med långt avancerad cancer hade aldrig fått någon form av andlig omvårdnad av varken läkare eller sjuksköterska. Majoriteten av patienterna indikerar att andlig omvårdnad är en viktig del i cancervård. Läkarna och sjuksköterskorna tyckte att andlig omvårdnad ska erbjudas ibland vid vissa tillfällen. Majoriteten av alla deltagare i studien höll med om att de åtta exemplen av andlig omvårdnad var lämpliga. Den starkaste indikatorn för att ge andlig omvårdnad var enligt läkare och sjuksköterskor att man erhöll utbildning. De flesta läkare och sjuksköterskor hade inte fått någon utbildning i andlig omvårdnad.	Hög 88%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Udo.C., Melin-Johansson, C., Henoch, I., Axelsson, B. & Danielson, E. 2013 Sverige	Surgical nurses' attitudes towards caring for patients dying of cancer – a pilot study of an educational intervention on existential issues	För att prova en utbildningsåtgärd gällande existentiella frågor och beskriva sjuksköterskor inom kirurgisk vård och deras upplevda attityder mot att vårda patienter döende i cancer.	Kvalitativ och Kvantitativ Deltagarna delades in i två grupper. En kontrollgrupp och en grupp som provade åtgärden. Båda grupperna fick göra enkätundersökning vid olika tidpunkter och 11 intervjuer genomfördes.	n= 42 Sjuksköterskor	Signifikanta långtidseffekter gällande sjuksköterskornas ökade självförtroende och minskade oförmåga att kommunicera, ökad känsla av att vara värdefull när de vårdade de döende patienterna.	Hög 83% Kvantitativ 84% Kvalitativ
Johnston Taylor, E. 2013 Nya Zeeland	New Zealand hospice nurses' self-rated comfort in conducting spiritual assessment	Mäta hur bekväma hospice sjuksköterskor på Nya Zeeland är i bedömningen av andlig omvårdnad och utforska potentiellt associerade faktorer	Kvalitativ Enkätundersökning med fasta frågor och 3 öppna frågor.	n=60 Sjuksköterskor	Sjuksköterskorna var generellt bekväma med de förslagna bedömningsfrågorna och uppfattade bedömning av andlighet som viktigt. Utbildning ansågs öka hur bekväm man kände sig i att bedöma patientens andliga behov.	Hög 88%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Hwa Tiew, L., Hui Kwee, J., Creedy, D.K., & Fai Chan, M. 2013 Singapore	Hospice nurses' perspectives of spirituality	Utforska singaporianska hospice sjuksköterskors perspektiv på andlighet och andlig omvårdnad.	Kvantitativ Tvådelad Enkätundersökning. Den ena delen beskriver demografi och den andra delen en skala för andlig omvårdnad.	n=66 Sjuksköterskor	Överlag höll deltagarna med om påståendena i skalan vid andlig omvårdnad relaterat till kännetecknen för andlig omvårdnad som perspektiv, attityder och värderingar.	Hög 86%
Henoch, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M. & Melin-Johansson, C. 2013 Sverige	Training intervention for health care staff in the Provision of Existential Support to Patients with Cancer: A Randomized Controlled Study	Bestämma effekterna av en utbildningsåtgärd där fokus låg på existentiella frågor och sjuksköterskors upplevda självförtroende i kommunikationen och deras attityder mot att vårda döende patienter	Kvantitativ Enkätundersökning under en period på 2 år. Deltagarna delades in i två grupper. En kontrollgrupp och en grupp som provade åtgärden. Åtgärden bestod av fem gruppssessioner a 90 minuter. Syftet med sessionerna var att deltagarna skulle diskutera olika områden där existentiella frågor var en stor del.	n= 102 Sjuksköterskor	Självförtroendet att kommunicera ökade signifikant i träningsgruppen vid första och andra uppföljningen. Attityden gentemot att vårda döende patienter förbättrades inte i träningsgruppen.	Hög 86%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. 2013 Sverige	Communication about existential issues with patients close to death- nurses´ reflections on content, process and meaning.	Beskriva sjuksköterskors reflektioner kring existentiella frågor i deras kommunikation med patienter nära döden.	Kvalitativ 5 sessioner av reflektioner i grupp som spelades in och transkriberades . Som sedan analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	n= 98 Sjuksköterskor	Tre domäner framträdde. Den första berörde livet, döden och relationer. Den andra handlade om konversations-tekniker, att vara närvarande och bekräftande. Den tredje, meningen med existentiella konversationer för sjuksköterskor.	Hög 80%
Keall, R., Clayton, J.M., & Butow, P. 2014 Australien	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.	Undersöka faktorer som underlättar, hinder och strategier som australiensiska sjuksköterskor inom palliativ vård identifierar när de ger existentiell och andlig omvårdnad till patienter med livsbegränsande sjukdomar.	Kvalitativ 21-55 min inspelade semistrukturerade intervjuer som transkriberades och delades upp i teman.	n=20 Sjuksköterskor	Flera teman som underlättar den palliativa vården framträdde; utvecklande av patient-vårdare relation, goda kommunikations egenskaper och exempel på frågor de använde sig för att skapa öppningar för att underlätta vården. Hinder som identifierades var brist på tid, färdigheter, brist på enskildhet med patienten, rädsla för vad som kommer upp till ytan, ouppklarade symptom, religiösa skillnader.	Hög 92%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Browall, M. , Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. & Danielson, E. 2014 Sverige	Existential encounters: Nurses' description of critical incidents in end-of-life cancer care.	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av existentiella situationer som uppstått när de vårdat patienter som drabbats hårt av cancer.	Kvalitativ Kritisk incident teknik applicerades. Alla deltagare ombads att skriva ned exempel på kritiska incidenter som de varit med om under 2 års tid där existentiella frågor vid vård i livets slutskede uppstod. Detta analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	n=83 Sjuksköterskor	Två huvudteman framkom: mötet med patientens upplevelser av existentiell smärta som att möta döden och drabbas av förluster. Möte med erfarenheter av hopp gällande att balansera ärlighet och viljan att leva.	Hög 88%
Tornøe , K.A., Danbolt, L.J., Kvigne, K., & Sørli , V. 2015 Norge	The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av andlig och existentiell vård för döende patienter på ett allmänt sjukhus.	Kvalitativ Inspelade intervjuer med öppna frågor som transkriberades och delades in i teman.	n= 6 Sjuksköterskor	Sjuksköterskorna uppfattade det som utmanande att uppfatta den döende patientens andliga och existentiella lidande. Vården fokuserade på att ge en lugn och harmonisk död. De strävade mot att få patienten att acceptera sin död, ordna upp praktiska saker och att uppnå en försoning med sitt förflutna , sin familj och Gud. Om patienten uppnådde försoning upplevde sjuksköterskorna detta som belönande.	Hög 88%

Bilaga 3

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvalitativa studier

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

Maxpoäng: 25**Erhållen poäng:** ?**Kvalitet:** låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING**Kvantitativa studier**

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

Maxpoäng: 29**Erhållen poäng:** ?**Kvalitet:** låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).