

## **SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT MÖTA PATIENTER MED EXISTENTIELLT LIDANDE**

En litteraturbaserad studie

## **NURSES´ EXPERIENCES OF MEETING PATIENTS WITH EXISTENTIAL SUFFERING**

A literature-based study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Höskolepoäng  
Vårtermin 2016

Författare: Jenny Broberger  
Eva Silverlantz

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med existentiellt lidande – en litteraturbaserad studie
Författare:	Broberger, Jenny; Silverlantz, Eva
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Tilly Lund, Annelise
Examinator:	Sahlsten, Monika
Sidor:	30
Nyckelord:	Existentiellt lidande, kommunikation, sjuksköterskors erfarenheter

---

**BAKGRUND:** Att uppleva existentiellt lidande är en naturlig del av att vara människa. Att lindra lidande ingår i sjuksköterskors ansvarsområde. En god kommunikationsförmåga krävs för att skapa ett samtal som lindrar lidandet. **SYFTE:** Att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med existentiellt lidande. **METOD:** Litteraturbaserad studie grundad på fjorton kvalitativa vetenskapliga artiklar. **RESULTAT:** Ur analysen av datamaterialet framkom tre kategorier såsom: Strävan mot lindring, hinder för ett adekvat professionellt yrkesutövande och professionell och personlig påverkan med nio underkategorier. **KONKLUSION:** När sjuksköterskor får utbildning och kunskap i hur existentiellt lidande kan hanteras blir de betydligt bättre på att tillgodose patienters behov av detta. Avsaknad av tydliga regelverk, som betonar vikten av att se patienters existentiella lidande, gör att den delen av omvårdnaden hamnar i skymundan.

## ABSTRACT

Title: Nurses' experiences of meeting patients with existential suffering  
- A literature-based study

Author: Broberger, Jenny; Silverlantz, Eva

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Tilly Lund, Annelise

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 30

Keywords: Communication, existential suffering, nurses experiences

---

**BACKGROUND:** To experience the existential suffering is a natural part of being human. To relieve suffering is part of nurses' responsibility. It requires good communication skills to create an encounter to alleviate the suffering. **OBJECTIVE:** To elucidate nurses' experiences of meeting patients with existential suffering. **METHOD:** Literature-based study, based on fourteen qualitative research articles. **RESULTS:** Three categories emerged from the analysis: Striving towards alleviation, barriers to adequate practicing professional and professional and personal impact with nine subcategories. **CONCLUSION:** When nurses are educated and get the knowledge about how existential suffering can be managed, they become much better at meeting the needs of patients. Lack of a distinct regulatory framework which emphasizes the importance of recognizing patients' existential suffering, puts that part of caring in the background.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Existentiella begrepp.....	1
Psykisk kris som leder till existentiellt lidande .....	2
Existentiella samtal .....	3
Kommunikation .....	4
Sjuksköterskans funktion och ansvar.....	5
Problemformulering.....	6
Syfte .....	6
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Analys .....	8
Etiska överväganden .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Strävan mot lindring .....	10
Insikt och ansvarsfullhet.....	10
Inleda djupgående samtal och våga stanna kvar.....	12
Individanpassade stödstrategier.....	13
Hinder för ett adekvat professionellt yrkesutövande .....	14
Bristande kunskaper hos sjuksköterskan .....	15
Avsaknad av riktlinjer och organisatoriska möjligheter .....	15
Låg mottaglighet hos patienten .....	16
Professionell och personlig påverkan .....	16
Vitt skilda känslomässiga upplevelser.....	16
Livserfarenhetens betydelse .....	18
Samla kraft .....	18
Resultatsammanfattning.....	19
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>20</b>
Metoddiskussion .....	20
Resultatdiskussion .....	21
Konklusion.....	24
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	25
<b>REFERENSER</b> .....	<b>26</b>

## BILAGOR

1. Sökhistorik
2. Kvalitetsgranskningsfrågor
3. Översikt över analyserade vetenskapliga artiklar

# INLEDNING

Människan är, efter vad som är känt, den enda varelse som är medveten om sin egen förestående död. Detta skapar existentiella tankar hos alla människor. Vid ohälsa i någon form kan dessa tankar övergå i ett existentiellt lidande med ångestladdade känslor av meningslöshet, hopplöshet, skuld och skam. Att tala om döden och döendet är i samhället närmast ett tabu och undviks ofta även inom hälso- och sjukvården (Bushinski & Cummings, 2007). Psykosocial omvårdnad är den minst förekommande i vården, fastän det existentiella lidandet är stort hos många patienter (Leung & Esplen, 2010). Samtidigt ska omvårdnad ske utifrån en holistisk människosyn, där människan ses som en helhet av kropp, själ och ande och där en persons individuella behov ska tas i beaktande för att bland annat kunna lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det finns ett behov av fördjupad förståelse och kunskap kring existentiell omvårdnad hos sjuksköterskor för att kunna lindra detta lidande hos patienterna.

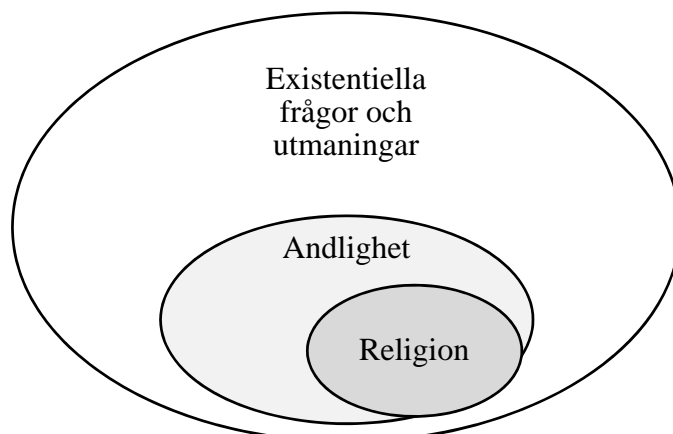
## BAKGRUND

### Existentiella begrepp

Enligt Svenska akademins ordlista (2006) betyder existentiell något ”som rör människans existens” (s. 196). Otaliga är de filosofer och tänkare som formulerat olika teorier där de existentiella frågorna är det centrala. Frågorna rör den grundläggande upplevelsen av att vara människa, medveten om ensamheten i sin existens och om livet och döden. Gemensamt för teorierna är att människans upplevelse av sin existens är en subjektiv upplevelse och att människan i sin grund är fri att tänka och att välja (Arlebrink, 2009). Detta skapar existentiell ångest (Arlebrink, 2009; Strang & Strang, 2001). Valfriheten gör att människan måste välja och därmed även väljer bort något. Även när människan inte väljer har hon gjort ett val (Arlebrink, 2009; Strang & Strang, 2001; Strang, 2007). Strang (2007) menar att detta kan leda till en existentiell skuld, som människan oftast inte är medveten om förrän någon form av kris inträffar.

Enligt Sand och Strang (2013) hör begreppen existentiella frågor, andlighet och religion samman, men innebörden skiljer sig åt. En schematisk bild, (figur 1), visar hur begreppen förhåller sig till varandra: Existentiella frågor kan ses som det övergripande begreppet, som en stor ring, som till viss del fylls av en mindre ring - andlighet. I andligheten finns en ännu mindre ring - religion. Förenklat ryms därmed religion inom andlighet som i sin tur ryms inom existentiella frågor. Enligt Sand och Strang (2013) är religion förknippat med en tro på en eller flera gudar. Religioner kan ge förklaringar på frågor om mening med livet. Oavsett religion kan förklaringar vara positiva eller negativa för människan. I de negativa förklaringarna läggs skulden på människan, genom att guden straffar eller överger henne. I de positiva förklaringarna är guden god, hjälpsam och tröstande. En religiös människas välbefinnande kan därmed, beroende på synsätt, påverkas i båda riktningar vid sjukdom. Andlighet, *spirituality*, är tron på något som ger livet mening, ofta beskrivet som en större

kraft, naturens kretslopp, något gränsöverskridande eller tron på en oförstörbar själ (Sand & Strand, 2013).



Figur 1. Förhållande mellan existentiella frågor, andlighet och religion. (Sand & Strang, 2013, s. 33)

## Psykisk kris som leder till existentiellt lidande

Den existentiellt orienterade filosofen Bollnow menar att kris är en störning som hör livet till (Jacobsen, 2000). Alla kriser innebär risk och förlust. Kris är en själslig chock som innebär en vändning mot det bättre eller mot det sämre, där invanda livsmönster bryts. När krisen är genomliden fortsätter livet under nya förutsättningar. Att genomgå kriser är något universellt mänskligt och ingår i livet. Kriser ska inte gömmas undan eller tystas ner, utan ses som en naturlig del i mänskliga möten (Jacobsen, 2000). Existentiell kris pendlar mellan tre motsattpar: Självkänsla – självförkastelse, samhörighet – övergivenhet och mening – meningslöshet (Cullberg, 2003). Även om en människa endast upplever självförkastelse, övergivenhet och meningslöshet finns ändå möjligheten till motsatserna på samma sätt som ljus förutsätter mörker. Enligt Jacobsens (2000) existentiella synsätt ska inte kris stämplas som sjukdom, etiketteras eller paketeras in i olika faser, det leder till att vårdpersonal får ett distanserat synsätt på människor i kris. Däremot delas kris in i tre dimensioner: Förlust, Motgång och Existentiell möjlighet. Förlust innebär att den drabbade människan förlorar någon/något, vilket leder till en sorgprocess. Det kan exempelvis innebära att förlora en närstående, att tvingas fly från sitt land, förändras genom demenssjukdom eller förlust av mening. Motgång innebär att ingen människa kan leva utan att någon gång uppleva motgång. Motgångsfaktorn är olika stor för olika människor, en del kan leva sitt liv relativt problemfritt, medan andra drabbas av ständiga motgångar. Motgången kan röra sig om vad som helst, exempelvis ett utseende personen inte är nöjd med, sjukdom eller oönskad barnlöshet. Här handlar det om hur människan förhåller sig till sin motgång, genom att kämpa och hitta lösningar eller genom att bli bitter och deprimerad. Ur ett sådant existentiellt perspektiv kan livet självt ses som en motgång, därför att ingen har bett om att födas. Existentiell möjlighet innebär att människan får möjlighet att komma nära in på livets essens - sällan känner människan sig så levande som i en kris. Att inse att livet är skört och inte kan tas för givet är utvecklande (Jacobsen, 2000).

Råholm, Arman och Rehnsfeldt (2008) har undersökt det existentiella krisförloppet hos svenskar som upplevde tsunamikatastrofen år 2004. Människornas syn på livet förändras efter att ha överlevt. De brottas med frågor om liv och död och med känslor som exempelvis skuld och meningslöshet. Råholm et al. (2008) menar att sjuksköterskors förståelse behöver fördjupas för att kunna ge rätt omvårdnad till människor efter en katastrof, med tanke på att deras lidande förändras över tid, men aldrig upphör. Enligt Sand och Strang (2013) ingår en existentiell aspekt mer eller mindre i alla kriser, beroende på att de känslor och upplevelser som växer i mycket svåra situationer gör människan påmind och medveten om sin existentiella ensamhet. En existentiell kris inträffar då människan inte kan undgå tankar på döden, känner meningslöshet och skuld (Sand & Strang, 2013).

Lidandet är en oundviklig del av att vara människa (Travelbee, 1971). Lidandet härrör från människans medvetenhet om bland annat sin andliga, själsliga och emotionella smärta. Sjuksköterskans ansvarsområde är allt som påverkar patientens hälsa och välbefinnande. En människa som inte kan hantera sin sjukdom och/eller lidande är i behov av omvårdnad. Det är viktigt att sjuksköterskan ser varje patient som en individ och utgår från dennes upplevelser av sin sjukdom/lidande och inte från en generell syn på hur dessa patienter som grupp brukar uppleva situationen. De flesta människor reagerar oftast genom att tycka att det känns orättvist och undrar *varför just jag* när de utsätts för något som försämrar deras liv. Det är viktigt att individen slutligen kan se en mening i sin situation, fastän sjukdom och lidande inte upplevs som meningsfullt. Det är något som sjuksköterskan kan främja genom att låta ömsesidig förståelse växa fram under omvårdnadsprocessen. Den ömsesidiga förståelsen innebär att de båda kan dela sina innersta tankar och känslor med varandra och på så sätt få en gemensam upplevelse som blir betydelsefull och därmed lindrar patientens lidande. Sjuksköterskan använder sig själv som ett terapeutiskt redskap som formas utifrån sin egen personlighet. Detta kräver självinsikt, engagemang och förmåga att förstå den bakomliggande orsaken till människors beteende. Om sjuksköterskan inte ser patientens existentiella lidande i tid, kan lidandet i värsta fall övergå i total likgiltighet och apati, vilket är svårt att behandla (Travelbee, 1971).

## **Existentiella samtal**

En kris kan vara anledningen till att skjuta upp ett samtal – eller drivkraften för att starta ett (Bushinski & Cummings, 2007). I två skilda studier med jämförbara resultat av McGrath (2004) och Axelsson, Randers, Lundh Hagelin, Jacobson och Klang (2012) framgår tydligt den komplexitet som sjuksköterskor har att hantera kring patienters existentiella lidande och samtalen som sker därav. En del patienter accepterar att de ska dö och har lätt att prata om sin kommande död, andra accepterar den inte och vill inte alls beröra den med ord. En del kan tala med sina närstående om döden, andra inte. En orsak är att de inte vill belasta de närstående med ett så emotionellt samtalsämne. En del upplever att sjuksköterskor kan vara ett bra stöd för att hantera ämnet. Andra vill inte blanda in utomstående eller anser att det inte är sjuksköterskors uppgift. Patienter vill inte ha existentiella samtal med någon som inte förstår, som saknar livserfarenhet eller som visar en ovilja till samtalsämnet (McGrath, 2004; Axelsson et al., 2012). Axelsson et al. (2012) betonar att sjuksköterskors tekniska och medicinska uppgifter inte får stå i vägen för existentiella samtal. Samtalen behöver skötas med en känsla för patientens individuella och föränderliga behov. Enligt *Nationellt*

*kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* (Socialstyrelsen, 2013) kan existentiella samtal föras av såväl läkare, sjuksköterskor, annan vårdpersonal, präster och kuratorer. Där framgår det att samtal om livsfrågor prioriteras till tre på en tiogradig skala, där ett är av största prioritet och tio har lägst prioritet. Det råder konsensus kring att sådana samtal är positivt för patientens livskvalitet. Dessa samtal är troligtvis kostnadsbesparande för sjukvården (Socialstyrelsen, 2013).

I en studie av Strang, Strang och Ternstedt (2002) definierar sjuksköterskor vad existentiella frågor innebär. Fyra områden framkommer; 1) Det är betydelsefullt att sjuksköterskan respekterar patientens grundläggande frihet och autonomi, 2) meningsslöshet kontra mening, 3) existentiell ensamhet, sjuksköterskor tar sig tid att lyssna samt 4) döden och rädslan för att dö. Källerwald (2007) menar att patientens tankar bekräftas genom att de verbaliseras genom existentiella frågor. Det är viktigt att sjuksköterskan visar närvaro så att dessa frågor är möjliga för patienten att ställa. Frågorna går ofta inte att besvara, men det är inte patientens förväntan (Källerwald, 2007). Sjuksköterskan är autonom i sitt omvårdnadsområde och ska ta en mer självklar roll i att hantera patientens existentiella frågor gentemot läkaren (Houtepen & Hendriks, 2003). Existentiella frågor är dock inte alltid lätta att handskas med. För sjuksköterskan är det därför nödvändigt att utveckla sin medvetenhet och det stöd som krävs för att ta itu med detta (Houtepen & Hendriks, 2003).

## **Kommunikation**

I en studie av Bushinski och Cummings (2007) beskriver sjuksköterskor hur de gör för att uppnå en så god kommunikation med sina patienter att de efter en tid får deras förtroende för att samtala om svåra ämnen. Att lyssna framförs som det mest centrala inom begreppet kommunikation. Tekniker som främjar kommunikation är att de visar genuint intresse (tar ögonkontakt på samma nivå, inte tittar på klockan, stänger av telefonen) förmedlar stöd, återupprepar det patienter säger och är noggranna med sina ordval. De anser att god kommunikation kräver förmåga att anpassa kroppsspråk, visa empati och att känna när rätt tillfälle uppstår för svåra samtal. Valet mellan öppna och slutna frågor beror på vad sjuksköterskor vill ha svar på, att ställa frågor med rätt teknik är avgörande för hur kommunikationen blir. Det de ser som hinder för god kommunikation är kulturella skillnader, tidsbrist och dåligt samarbete med läkaren. Sjuksköterskor i studien känner att det är deras ansvar att lyssna så uppmärksamt att de kan sätta ord på patienters känslor och upplevelser. Detta underlättar bearbetningen av situationen för patienter och deras anhöriga. De känner att det är deras uppgift att ge information på ett individuellt anpassat sätt och att översätta medicinskt fackspråk till något som patienter förstår och kan återge (Bushinski & Cummings, 2007).

Enligt Stanley (2000) innebär kommunikation att vara närvarande och ha förmåga av att vara tillgänglig när en patient befinner sig mitt i sorg, ilska, rädsla eller har ångest. Sjuksköterskor kan känna en press att behöva svara på lämpligt sätt, men det är inte rätta svar som efterfrågas. Sjuksköterskor ska instinktivt använda sin emotionella kunskap för att veta när de ska svara eller vara tysta. Det kan räcka med att bara hålla någons hand. Att kommunicera med någon kan därmed göras på många olika sätt (Stanley, 2000). I en studie gjord i England



på engelsktalande sjuksköterskor och spanstalande patienter, menar Estrada, Reynolds och Messias (2015) att kommunikation kan vara flerspråkig. Tolk används i en så kallad triadisk kommunikation, vilket innebär att en tredje part medverkar och översätter det som sägs. Detta försvårar kommunikationen och kan skapa missförstånd. Återkommande samtal i samma konstellation (med samma sjuksköterska, tolk och patient) skapar successivt färre missförstånd (Estrada et al., 2015).

Enligt Travelbee (1971) sker omvårdnaden i interaktion mellan sjuksköterska och patient, det vill säga i en mellanmänsklig dimension. Interaktionen växer fram genom att de två parterna börjar se varandra som individer, där empati och sympati för varandra uppstår vilket slutligen ger ömsesidig förståelse. Travelbee menar att sjuksköterskans förmåga att kommunicera är en förutsättning för att skapa interaktion. Förmågan ligger i sjuksköterskans subjektiva känsla och sinne för kommunikation, snarare än ren kommunikationsteknik. Användning av orden patient och sjuksköterska riskerar att etikettera människor till stereotyper där personligheten döljs, både hos patienter och hos sjuksköterskor, vilket försvårar en mellanmänsklig relation (Travelbee, 1971).

## **Sjuksköterskans funktion och ansvar**

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) fastslår att vård ska ske på lika villkor med respekt för individens värdighet och att god kontakt och kontinuitet mellan patient och vårdpersonal ska främjas. I Patientlagen (SFS 2014:821) och Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) framgår att vård ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att vården ska ges omsorgsfullt i samråd med patienten. Patientsäkerhetslagen betonar att det är var och ens ansvar att utföra sina arbetsuppgifter inom vården, däribland att visa respekt för patienten och att tystnadsplikt gäller.

Föreskrifter som berör vårdpersonals ansvar för existentiell vård finns för palliativ vård. I *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* (Socialstyrelsen, 2013), förtydligas rekommendationer kring prioritering av bland annat existentiell vård. Fyra hörnstenar som är betydelsefullt vid palliativ vård är: Symtomlindring, Samarbete, Kommunikation/Relation och Stöd till närstående. Symtomlindring ska ske utifrån patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Människan ska ses som en helhet och symtomlindring innebär inte enbart medicinska åtgärder. Smärtproblematik behöver inte enbart bero på fysiska orsaker. Det är viktigt att smärtan analyseras för att utreda om problematiken bottnar i exempelvis existentiell ångest. Vårdpersonalen behöver vara lyhörd för när en patient *vill* tala om existentiella frågor och när denne *inte* vill prata om dessa (Socialstyrelsen, 2013).

I International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor framhålls att ett av sjuksköterskors viktigaste ansvarsområden är att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Att lindra lidande framhålls även i *Värdegrund för omvårdnad* (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) som en av sjuksköterskors viktigaste arbetsuppgifter. Det är inte bara det lidande som uppstår genom sjukdom som ska lindras, utan även det som beror på patientens livssituation eller det som är vårdrelaterat. Allt lidande går inte att lindra, men

inställningen ska vara att ge så mycket lindring som möjligt. Omvårdnadens värdegrund utgår från respekt för varje människas lika värde och mänskliga rättigheter, genom en humanistisk människosyn där varje människa ska bemötas med ett holistiskt synsätt, det vill säga som en enhet av kropp, själ och ande. Omvårdnaden ska främja tillit, hopp, mening och delaktighet och patienters värdighet, integritet och autonomi ska respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

## **Problemformulering**

Sjuksköterskans ansvar styrs av både lagar, författningar och professionell värdegrund. Sjuksköterskan är viktig för patienten och genom en god kommunikation kan sjuksköterskan främja hälsa och välbefinnande hos patienter med existentiellt lidande. Patienter med existentiellt lidande har oftast behov av att samtala om existentiella frågor. Det kan emellertid vara svårt för sjuksköterskan att hantera dessa frågor, vilket ger problem som främst drabbar patienten i form av utebliven lindring. Därmed finns ett behov av att fördjupa förståelsen för vad sjuksköterskor erfar kring existentiell omvårdnad och vad de anser hindrar och främjar mötet med patienten med sådant behov.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med existentiellt lidande.

## METOD

Metoden som valdes var en litteraturbaserad studie, baserad på kvalitativ forskning enligt Friberg (2012). Metoden innebär att befintliga kvalitativa forskningsartiklar om ett visst fenomen granskas och sammanställs till en ny helhet. Kvalitativa studier ger ökad förståelse för vilka erfarenheter exempelvis sjuksköterskor har av det valda problemområdet. Genom att sammanställa flera studier skapas ett högre kunskapsvärde, evidens, vilket ska komma till användning i omvårdnadsarbetet (Friberg, 2012).

### Urval

Urvalet bestod av kvalitativa, engelskspråkiga, vetenskapliga artiklar, helt eller delvis skrivna ur allmänsjuksköterskors perspektiv. Alla årtal, länder, sjukdomstillstånd och alla vårdinstanser, både öppen och slutenvård, inkluderades, för att få en bred bild av problemområdet. Exklusionskriterier var sjuksköterskors erfarenheter av barns och ungdomars existentiella lidande samt artiklar från psykiatrisk vård. Artiklar som inte var *peer reviewed*, det vill säga expertgranskade innan utgivning, och *review*-artiklar exkluderades, de sistnämnda för att de inte är primärkällor.

### Datainsamling

Informationskällor till datainsamling av vetenskapliga artiklar var databaser inriktade på omvårdnadsforskning, främst Cinahl och Medline. Innan datainsamlingen avslutades gjordes även sökningar i PsycINFO, för att kontrollera att ingen forskning förbisetts. Datainsamlingsprocessen gjordes strukturerad och genomtänkt enligt Östlunds (2012) rekommendationer. Först valdes olika sökord ut som var relevanta till valt syfte. Under sökprocessen kompletterades de sedan med fler nytillkomna. Given sökterm var exempelvis *existential care*, vilket även var en sökterm i Cinahls och Medlines ämnesordlistor; MESH. Användning av ämnesordlistor gjorde att alla artiklar som inkluderades av ett visst ämnesord visades i sökningen. Trunkering (\*) användes för att få träffar på ett visst ords olika böjningsformer. Boolesk söklogik användes för att kombinera olika sökord med varandra genom sökoperatörerna AND, OR och NOT. Östlund (2012) påpekar att det är viktigt att sökprocessen dokumenteras under arbetets gång. Sökprocessen redovisas därmed i tabellform i bilaga 1. I tabellen framgår sökdatum, databas, avgränsningar och sökord i förhållande till antal träffar, lästa titlar, lästa *abstract*, lästa artiklar, kvalitetsgranskade artiklar, antal utvalda artiklar, vilka dessa var och i vilka sökningar de återkom. Redan efter de första sökningarna hade de flesta av de sedan utvalda artiklarna påträffats. Cinahl var den mest givande databasen.

Vid varje sökning lästes artiklarnas titlar igenom för att se vilka som verkade tillräckligt relevanta för att deras sammanfattning (*abstract*) skulle läsas. Vid två sökningar blev antal träffar orimligt många för att läsas igenom och sökningen justerades för att minska träffantalet. Efter genomläst sammanfattning lästes, vid fortsatt intresse, fler delar av artikeln igenom, främst metod- och resultatdel. Här sållades artiklar bort som inte motsvarade

urvalskriterierna eller inte stämde överens med studiens syfte (Östlund, 2012). Några artiklar beställdes genom biblioteket högskolan i Skövde, då de inte gick att få fram i fulltext på annat sätt.

Enligt Östlundh (2012) bör även sekundärsökningar genomföras, både för att vinna tid och för att finna ytterligare forskning inom området. Sekundärsökning innebär att exempelvis referenslistor i relevanta artiklar studeras för att få tips om ytterligare bra forskningskällor. Under artikelsökningen framkom två *review*-artiklar, det vill säga litteraturöversikter, inom området och deras referenslistor lästes igenom, men inte heller de bidrog till artiklar som inte redan framkommit genom primärsökningen.

Under datainsamlingen framkom tjugo artiklar som kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2012) granskningsmall för kvalitativa studier (bilaga 2). Granskningen innebar förenklat att det avgjordes om artiklarnas problem, syfte, metod och resultat var så väl presenterat och stod i relevans till varandra så pass bra att kvaliteten kunde bedömas som god. Utöver de granskningsfrågor Friberg (2012) gav exempel på studerades även artiklarnas etiska ställningstaganden. Sex artiklar sorterades bort under kvalitetsgranskningen. En artikel ansågs inte vara av tillräckligt god kvalitet, en saknade etiska överväganden och fyra svarade inte på syftet. Totalt kom fjorton artiklar att ingå i studien (bilaga 3).

## **Analys**

Datamaterialet analyserades utifrån en modell beskriven av Friberg (2012). Detta innebär att artiklarnas resultat ses som en helhet som bryts ner i mindre delar som sedan sätts ihop till en ny gemensam helhet, det vill säga det nya resultatet. Datamaterialet lästes först enskilt för att få en förståelse för varje artikels hela innehåll. Fokus lades sedan på artiklarnas resultat. Varje artikels resultat, som var relevant för valt syfte, översattes till svenska och skrevs in i var sitt Word-dokument. Om något var oklart kring översättning eller relevans diskuterades det. Analysprocessen fortsatte därefter gemensamt. Tre områden som svarade på syftet från olika vinklar framgick tydligt; 1) Sjuksköterskors erfarenheter av hur patienter upplevde och hanterade sitt existentiella lidande, 2) Sjuksköterskors erfarenheter av existentiell omvårdnad, 3) Sjuksköterskors erfarenheter av egen psykisk påverkan som patienters existentiella lidande skapade. Det insamlade datamaterialet var omfattande och beslut togs att inte inkludera det första området. Detta på grund av att området gränsade till ett patientperspektiv. De kvarvarande områdena delades upp och analyserades var för sig, dels för att få datamängden mer hanterbar och dels för att de tydligt skiljde sig åt. Följaktligen genomfördes två separata analysomgångar, men med samma tillvägagångssätt. Först markerades varje dokument marginal med en numrering som motsvarade artikelnumret, så att alla texter skulle vara spårbara för referenshantering genom hela processen. Texten delades sedan upp i meningsbärande enheter. Datamaterialet skrevs ut i pappersform och de meningsbärande enheterna klipptes ut som textremsor. Varje textremsa lästes gemensamt och kondenserades för att ge den ett ord eller uttryck som kunde sammanfatta innehållet. Det ordet skrevs upp på ett blankt papper och textremsan lades bredvid ordet. Textremsor vars innehåll stämde överens med något redan skrivet ord lades ovanpå de textremsor som redan låg vid det ordet. På så sätt växte grupperingar fram som sedan kunde rubriceras i

underkategorier och kategorier. En ny helhet, det vill säga ett nytt resultat, skapades. Under processens gång var det viktigt att hålla fokus på studiens syfte, annars riskerades att resultat och syfte inte stämde överens efter avslutad analys i enlighet med Friberg (2012).

## **Etiska överväganden**

Denna litteraturbaserade studie bygger på tidigare forskning i form av vetenskapliga artiklar. Granskning av artiklarnas etiska överväganden gjordes för att kunna ta ställning till om artiklarna kunde godtas för studien (Friberg, 2012). Artiklarnas etiska överväganden skiljde sig mycket åt i redovisning. En del artiklar innehöll välformulerade etiska överväganden under egen rubrik, medan andra endast nämnde att de informerat deltagarna om rätten att avbryta deltagandet. Så länge något om detta nämndes godtogs de, annars hade antalet utvalda artiklar blivit för litet. Diskussion mellan författarna skedde för att säkerställa att data tolkades korrekt i enlighet med Friberg (2012), detta särskilt med tanke på att språkliga missförstånd kan uppstå, då artiklarna var skrivna på engelska. Studien följde Vetenskapsrådets forskningssed (2011) om att hålla en objektiv och hederlig inställning, för att inte resultatet skulle bli förvrängt, fabricerat, plagierat eller vilseledande. Löpande tydliggjordes var information hämtats och referering skedde på ett korrekt sätt enligt god dokumentations sed. Genom att så tydligt som möjligt i metodavsnittet redovisat hur datainsamling, urval och analys gått till, möjliggörs att studien kan kontrolleras eller upprepas (Vetenskapsrådet, 2011).

## RESULTAT

Analysen av datamaterialet resulterade i tre kategorier och nio underkategorier, som belyser sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med existentiellt lidande (figur 2).

Kategorier	Underkategorier
Strävan mot lindring	Insikt och ansvarsfullhet
	Inleda djupgående samtal och våga stanna kvar
	Individanpassade stödstrategier
Hinder för ett adekvat professionellt yrkesutövande	Bristande kunskaper hos sjuksköterskan
	Avsaknad av riktlinjer och organisatoriska möjligheter
	Låg mottaglighet hos patienten
Professionell och personlig påverkan	Vitt skilda känslomässiga upplevelser
	Livserfarenhetens betydelse
	Samla kraft

Figur 2. Översikt av kategorier och underkategorier.

### Strävan mot lindring

Strävan mot lindring handlar om sjuksköterskans vilja och förmåga att möta patientens existentiella lidande. Detta innefattar insikt och ansvarsfullhet, inleda djupgående samtal och våga stanna kvar samt individanpassade stödstrategier.

### Insikt och ansvarsfullhet

En förutsättning för att sjuksköterskor ska kunna ge god existentiell omvårdnad är att de för en inre dialog med sig själva, för att komma till insikt och få förståelse för de bakomliggande orsakerna till patienters existentiella lidande (Udo, Danielson & Melin-Johansson, 2012). Det är viktigt att tänka sig in i och fundera över hur de själva skulle känna sig och ha behov av om de var i patientens ställe (Browall, Melin-Johansson, Strang, Danielson & Henoch, 2010; Johansson & Lindahl, 2011; Keall, Clayton & Butow, 2014). Patienter och anhöriga

kan maskera sitt existentiella lidande genom att ideligen klaga på småsaker (Strang, Heno, Danielson, Browall & Melin-Johansson, 2014), vara utmanande och krävande (Browall, Heno, Melin-Johansson, Strang & Danielson, 2014) eller aggressiva (Browall et al., 2010; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørlie, 2015). Utmaningen för sjuksköterskor är att se bakom detta beteende och inse att det beror på undertryckt ångest, sorg, maktlöshet och frustration (Browall et al., 2014; Browall et al., 2010; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015;). Sjuksköterskor med erfarenhet av och god insikt i det existentiella lidandet förstår varför smärtlindrande och ångestdämpande läkemedel inte alltid ger förväntad effekt. Deras erfarenheter visar att själsliga problem lätt kan tolkas som fysiska. Genom att ge patienter tid att tala lindras de fysiska symtomen avsevärt, det kräver dock mod hos sjuksköterskor att ge den omvårdnaden (Keall et al., 2014; Strang et al., 2014). En annan insikt hos erfarna sjuksköterskor är att existentiellt lidande inte går att lösa omedelbart, det måste få ta sin tid (Keall et al., 2014). Existentiell omvårdnad ger inte synliga resultat på samma sätt som mer praktiska moment, men med insikt och självförtroende prioriterar sjuksköterskor den existentiella omvårdnaden och finner stor tillfredsställelse i det valet (Browall et al., 2014). När en sjuksköterska, exempelvis ska lägga om ett mindre sår på en patient men inte har med sig tillräckligt med omlägningsmaterial, används tiden till att tala med patienten. De samtalar om döden istället och efteråt är patienten mycket tillfreds. Sjuksköterskan är övertygad om att tiden använts på rätt sätt och har inte dåligt samvete för den uteblivna såromläggningen. Den var ingenting jämfört med de stora livsfrågorna som togs upp i samtalet (Browall et al., 2014).

Sjuksköterskans medvetenhet och insikt om både sitt eget och patientens kroppsspråk är avgörande för kommunikationen, exempelvis vad kroppshållningen, utstrålningen och röstläget säger (Keall et al., 2014). Att lyssna, låta patienter själva besvara sina frågor och ställa öppna frågor, är god kommunikationsteknik (Strang et al., 2014). Det är bra att omformulera det patienter säger med nya ord, för att bekräfta att innebörden förstås (Keall et al., 2014; Strang et al., 2014). Exempelvis: *När du säger så, så tror jag att du är ledsen över något* (Strang et al., 2014). Att säga: *Jag förstår precis*, anser sjuksköterskor är en mindre bra kommentar, för man kan aldrig till fullo förstå någon annans upplevelser (Strang et al., 2014). Det är fördelaktigt att lägga patienters egna uttryck och formuleringar på minnet, för att vid nästa tillfälle som uppstår ha en genväg in till ett fortsatt samtal genom dessa (Keall et al., 2014).

Miljön runt patienten har betydelse för existentiellt lidande. En trygg och lugn atmosfär främjar mötet mellan patienter, anhöriga och sjuksköterskor (Johansson & Lindahl, 2011). Miljön kan vara helt avgörande för patienter, många finner ingen frid på sjukhus, utan önskar att få dö hemma i sin egen säng och se solnedgången en sista gång. Det gäller då att sjuksköterskor är insiktsfulla och lyhörda vid ett sådant önskemål och underlättar för att så sker om det är möjligt (Iranmanesh, Ghazanfari, Sävenstedt & Häggström, 2011).

Sjuksköterskor ansvarar för att ge patienter och anhöriga information. Till synes enkel information kan lätta på patienters och anhörigas existentiella oro. Exempelvis genom att förklara för de anhöriga att det är naturligt att den döende patienten inte längre vill äta. Sjuksköterskor ser även att de anhörigas existentiella lidande är deras ansvar (Strang et al., 2014). Möjligheten till kontinuitet främjar den existentiella omvårdnaden (Keall et al., 2014)

och är beroende av att organisationen är uppbyggd för att möjliggöra den (Strang et al., 2014). Sjuksköterskor ser som sitt ansvar att underlätta för varandras existentiella omvårdnad genom att ta över en del arbetsuppgifter från den sjuksköterska som behöver avvara tid hos en patient (Browall et al., 2010). Det finns ett ansvar i att inse när omvårdnad inte räcker för patienters behov. Sjuksköterskor förmedlar då patienterna vidare till rätt profession, exempelvis präst, kurator eller psykolog (Keall et al., 2014; Strang et al., 2014).

### **Inleda djupgående samtal och våga stanna kvar**

Det är viktigt att vara lyhörd för patienters aktuella känslotillstånd och inte forcera inledningen på ett existentiellt samtal, det är patienterna som avgör om de vill tala eller inte (Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015) och deras integritet måste respekteras (Strang et al., 2014). Det är en konst att inleda dessa samtal, det kräver att sjuksköterskor har förståelse för vad existentiellt lidande innebär för patienter (Boston & Mount, 2006; Browall et al., 2010), att de har en öppen inställning till detta (Strang et al., 2014) och behärskar en god kommunikationsförmåga (Keall et al., 2014). Sjuksköterskor använder sitt kroppsspråk, visar med en blick (Browall et al., 2010), dröjer sig kvar och visar att de har tid (Browall et al., 2014; Strang et al., 2014) för att förmedla till patienter att det finns möjlighet till samtal. De är medvetna om att patienter är lyhörda för ett nekande kroppsspråk, såsom flyktiga blickar och höjt tonläge, vilket inte gynnar något existentiellt möte (Browall et al., 2010). Konsten ligger i förmågan att läsa av och uppfatta patienters signaler och minsta antydningar om behov att samtala (Boston & Mount, 2006; Browall et al., 2010; Keall et al., 2014). Förmågan kan liknas vid en finkalibrig antenn, mottaglig för de korta ögonblick patienter sänder ut signaler om att vara i behov av att tala om sina existentiella känslor (Tornøe et al., 2015). Sjuksköterskor ger exempel på frågor som kan inleda ett existentiellt samtal: *Vad är det som bekymrar dig mest? Finns det något jag kan hjälpa dig med på ett djupare plan?* (Keall et al., 2014). *Vill du prata om något?* (Tornøe et al., 2015).

I det praktiska arbetet hör kommunikationsförmågan samman med god social kompetens, det vill säga förmågan att följa sociala och kulturella koder. Att tacka ja till en kopp kaffe och inleda en konversation utifrån ett fotografi kan vara öppningen till ett djupare samtal (Keall et al., 2014). Oftast, men inte alltid, krävs en tillit från patienten innan ett existentiellt samtal kan äga rum, en tillit som växt fram genom flera möten (Tornøe et al., 2015). Det är bra att få information från de anhöriga, om hur patienten är som person, för att på så sätt snabbare finna samtalsämnen som underlättar för en fortsatt djupare konversation (Keall et al., 2014). Existentiella samtal går inte att planera för eller boka in i någon kalender, de uppstår spontant, främst i situationer då patienter känner att tid finns, exempelvis under de praktiska omvårdnadsmoment som sjuksköterskor utför (Strang et al., 2014). Att visa sin egen sårbarhet som sjuksköterska kan i vissa fall leda till ett existentiellt samtal med patienten som tidigare varit motvillig att öppna sig. Motvilligheten kan botten i maktskillnaden mellan patientens utsatthet och sjuksköterskans roll som representant för sjukvårdsorganisationen. När en patient kan spegla sig i sjuksköterskans blottade känslor uppstår en jämvikt som gör att även patienten vågar öppna sig (Boston & Mount, 2006).

Patienter testar sjuksköterskors mod genom att ställa laddade frågor som kan besvaras ärligt eller oärligt. Om sjuksköterskan svarar ärligt på dessa frågor vet patienten att sjuksköterskan



har modet att lyssna (Strang et al., 2014). Att våga lyssna utan att försöka byta samtalsämne ger arbetstillfredsställelse (Browall et al., 2014). Sjuksköterskor värderar högt de tillfällen då de vågar svara ärligt på patienters existentiella frågor, eftersom de märker att det lindrar lidandet (Iranmanesh et al., 2011). Sjuksköterskor erfar att patienter inte förväntar sig några svar och lösningar på sina existentiella frågor, att vara ärlig och bara våga lyssna är tillräckligt (Keall et al., 2014). Arbetet med existentiellt lidande innebär ett oerhört stort ansvar att våga stanna kvar, lyssna, och att våga vara tyst (Browall et al., 2014; Browall et al., 2010; Strang et al., 2014). Detta krävs för att skapa det förtroendet som behövs för att kunna ingjuta hopp hos patienter (Browall et al., 2014). Att vara tyst innebär att inte avbryta eller komma med goda råd och förslag på lösningar (Strang et al., 2014). Emellertid kan råd och stöd, som anpassas efter varje individs behov, främja en ökad närhet och tillit (Iranmanesh et al., 2011). När ett samtal tystnar behöver det inte innebära att samtalet är slut. Genom att stanna en stund extra hos patienten ges denne chans att utveckla sina funderingar (Keall et al., 2014). Patienter behöver dock även tid att få vara ifred och begrunda sina tankar (Browall et al., 2014). När patienter kan sätta ord på sina existentiella frågor hittar de också svaren (Strang et al., 2014). Bara att någon lyssnar innebär i sig en existentiell bekräftelse för patienter, samtalen behöver inte handla om döden för att ge existentiell lindring (Browall et al., 2010). För att uppnå en stor närvaro krävs det att sjuksköterskor har förmåga att anpassa sig till och bemöta varje patient individuellt (Iranmanesh et al., 2011; Johansson & Lindahl, 2011; Vachon, Fillion & Achille, 2012). Det beskrivs som att vara skådespelare och sker både medvetet och omedvetet (Johansson & Lindahl, 2011). De sjuksköterskor som har förmågan att gå in till en patient med ett öppet sinne, utan förutfattade förväntningar, uppnår en högre grad av närvaro, då de är mer mottagliga för vad patienter uttrycker i just det mötet (Udo et al., 2012).

### **Individanpassade stödstrategier**

Det är viktigt att bekräfta och normalisera patienters och anhörigas känslor och upplevelser (Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015; Udo, Melin-Johansson & Danielson, 2011) och att inte vara dömande (Keall et al., 2014; Strang et al., 2014). Detta görs genom att försäkra patienter som skäms över att de gråter att det bara är bra (Tornøe et al., 2015) eller genom att säga att det är normalt att vara rädd och ledsen och tänka på livets sorger vid svår sjukdom (Strang et al., 2014).

Genom avledning får sjuksköterskor patienter att glömma det existentiella lidandet och sjukdomen för en stund. De frågar inte så mycket om hur patienten mår, hur det är med smärtan, illamåendet och den tröga magen. De fokuserar på vardagliga ting och händelser, såsom blommor, vin till middagen eller att vända patienten mot fönstret så denne kan se fåglarna (Browall et al., 2010; Ekedahl & Wengström, 2006; Vachon et al., 2012). De hjälper på så sätt patienter att leva i nuet och att hitta något litet i varje ögonblick som gör livet värt att leva (Vachon et al., 2012). Humor kan vara ett sätt att lätta på det känslomässiga trycket, men måste ske på patientens initiativ och anpassas individuellt (Ekedahl & Wengström, 2006).

Sjuksköterskor strävar efter att stödja patienters försoning med anhöriga, sin Gudstro och acceptans över att livet blev som det blev (Tornøe et al., 2015). När sjuksköterskor förstår

vad som orsakar patienters existentiella lidande är det viktigt att hjälpa dem att hantera detta. Ofta är orsakerna relaterade till relationsproblem och gamla konflikter, vilket gör det svårt för patienter att finna ro. Att sjuksköterskor bidrar till att patienter och anhöriga/vänner försonas, genom att stödja och uppmuntra samtal, är därmed en av de viktigaste beståndsdelarna i den existentiella vården (Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015). Det är emellertid svårt att medla och lyckas lösa gamla relationskonflikter och sjuksköterskor får acceptera att allt inte löser sig (Browall et al., 2010). I vissa fall döljer patienter den annalkande döden för sina närstående, för att skydda dem, vilket sjuksköterskor försöker förhindra genom att förklara att det gör de anhöriga än mer oroliga och ledsna (Tornøe et al., 2015). Relationen till Gud kan vara problematisk. Orsaken till att en del patienter inte vill lindra sin fysiska smärta med läkemedel kan böttna i att de låter sig utsättas för Guds bestraffning. De känner skuld över något (Browall et al., 2014) och tror sig inte vara värda smärtlindring (Tornøe et al., 2015). Dessa patienter behöver bekräftelse, empati, tröst och höra att de inte har någon skuld att betala (Browall et al., 2014). Ett patientfall visar att sjuksköterskan tar reda på innebörden i patientens Gudstro och tar den på allvar. De läser en bön tillsammans och sjuksköterskan berättar om sin egen Gudstro – att hennes Gud är en förlåtande Gud som inte vill någon något ont. Det förändrar patientens inställning till att ta emot smärtlindrande läkemedel. Patienten avlider senare, både fysiskt och psykiskt smärtfri, i försoning med Gud (Tornøe et al., 2015). Att be böner eller läsa ur bibeln kan vara ett sätt att bemöta patienters själsliga omvårdnad (Hudacek, 2008). Patienter utan Gudstro, som tror att allt bara blir svart efter döden och inte förlikar sig med den tanken, kan bli hjälpta av att tänka i andra tankebanor. Det behöver inte ändra deras tro på ingenting, men kan ändå ge dem en ny tanke att ”leka med” som inger en liten chans till hopp om meningsfullhet. Exempelvis när patienten frågar vad sjuksköterskan tror om livet efter döden, kan sjuksköterskan förmedla sin tro på att få träffa nära och kära efter döden. Även om patienten inte blir övertygad skapas ändå ett hopp om att få träffa sin far igen, (Tornøe et al., 2015).

Lidandet kan även bero på oavslutade projekt, vilket hindrar patienter från att finna ro. Exempelvis den äldre kvinnan, som virkar hela sitt liv ända tills döden är nära, som oroligt vägrar släppa taget om livet på dödsbädden. När sjuksköterskan förstår att det kan bero på det oavslutade handarbetet virkar hon själv färdigt detta vid sängkanten och visar det för kvinnan. Kvinnan dör fridfull några timmar senare (Hudacek, 2008). Det kan även handla om en medelålders kvinna med ångest för att husrenoveringen, som hon varit mest pådrivande i, inte kommer bli färdig efter hennes död. Hon tror inte att hennes man och barn kommer orka avsluta projektet, vilket orsakar henne stort lidande. Sjuksköterskan inser hur viktigt detta är för kvinnan och ser till att kvinnans anhöriga och vänner snabbt renoverar färdigt huset. Genom att det materiella projektet blir färdigt kan kvinnan slappna av på ett existentiellt plan (Tornøe et al., 2015).

## **Hinder för ett adekvat professionellt yrkesutövande**

Hinder för ett adekvat professionellt yrkesutövande handlar om de faktorer som gör att sjuksköterskan inte når fram i mötet med patienten som upplever existentiellt lidande. Detta innefattar bristande kunskaper hos sjuksköterskan, avsaknad av riktlinjer och organisatoriska möjligheter och låg mottaglighet hos patienten.

## **Bristande kunskaper hos sjuksköterskan**

Sjuksköterskor är medvetna om att andlig och existentiell vård är viktig, men har ändå blandade känslor inför det (Tornøe et al., 2015; Udo et al., 2011) och är rädda för att säga eller göra fel (Udo et al., 2011). Trots ambivalens inför existentiella samtal försöker sjuksköterskor åstadkomma dessa i den mån de kan (Tornøe et al., 2015), men ibland blir de så osäkra att de inte fortsätter samtalet (Udo et al., 2012). Om de inte känner patienten tillräckligt väl vågar de inte gå in på känsliga samtalsämnen (Browall et al., 2010). Dessa samtal är extra utmanande för oerfarna sjuksköterskor, de känner att de saknar utbildning, träning och reflektionstid för att kunna hantera patienters dödsångest, sorg och hopplöshet (Strang et al., 2014). Det leder till känslor av otillräcklighet, dåligt självförtroende (Keall et al., 2014), maktlöshet, avsaknad av strategi (Udo et al., 2011) och trötthet (Strang et al., 2014).

En del sjuksköterskor medger att de endast ger medicinsk vård till sina patienter, då de sätter ett likhetstecken mellan existentiella frågor och hopplöshet. De vill inte tala om döden och förminskar patienters behov av detta och bortser från den existentiella dimensionen i vårdandet. De undviker existentiella samtal genom att ge medicinsk information och arbeta uppgiftscentrerat. Medicinskt inriktade sjuksköterskor knyter inte några band med patienter eftersom de inte ser hela människan (Udo et al., 2012). Arbets sättet kan döljas genom en kroniskt glad attityd eller genom ett mer empatilöst och aggressivt bemötande (Boston & Mount, 2006). En del sjuksköterskor irriterar sig på patienter som larmar ofta och är ovilliga till att gå in till dem, de saknar insikt om vad patienters agerande ger uttryck för (Browall et al., 2014). Det kan skapa irritation inom arbetslaget då de andra kollegorna ser det som bristande bemötande (Browall et al., 2014; Keall et al., 2014). En del patienter med existentiellt lidande uttrycker sig aggressivt och anklagande. Sjuksköterskor vet att de inte ska ta dessa uttryck personligen, men de kan ändå provoceras och bemöta dessa patienter på ett mindre bra sätt (Strang et al., 2014).

Ovilja för att möta patienters existentiella lidande kan uppstå när det finns risk för kulturella krockar eller språkförbistringar. Det skapar frustration att inte förstå en patient tillräckligt mycket för att kunna ge en djupare omvårdnad (Boston & Mount, 2006). Om patienter och sjuksköterskor har olika tro eller religion så kan sjuksköterskor uppleva en rädsla för att väcka anstöt hos patienten om något skulle misstolkas (Keall et al., 2014). Det finns också hinder hos de sjuksköterskor som inte har någon tro alls och/eller anser att det är något privat och därför inte bemöter patienters funderingar eftersom de själva inte relaterar till det eller vill prata om ämnet (Tornøe et al., 2015).

## **Avsaknad av riktlinjer och organisatoriska möjligheter**

Avsaknad av organisatoriska riktlinjer, strategier och gemensam existentiell vårdfilosofi skapar osäkerhet för hur existentiella situationer ska hanteras (Udo et al., 2012). Oklara riktlinjer för vem som ansvarar för dessa frågor gör att sjuksköterskor ofta hänvisar patienter till läkare (Udo et al., 2012). För knappa organisatoriska resurser skapar tidsbrist som minskar möjligheterna att kunna ge existentiella samtal (Udo et al., 2012) och utrymme för

att diskutera strategier kring enskilda patienters existentiella vårdbehov, kollegor emellan (Udo et al., 2011). Tidsbrist får sjuksköterskor att känna maktlöshet över att inte kunna ge tillräckligt god vård (Udo et al., 2011). Organisatoriska strukturer kan hindra den kontinuitet som krävs för att skapa kontakt och tillit mellan sjuksköterska och patient, som kan leda till djupare samtal (Johansson & Lindahl, 2011). Avsaknad av riktlinjer och ogenomtänkta organisatoriska arbetssätt gör att patienter inte alltid stöts tillräckligt efter ett cancerbesked, oavsett prognos. De lämnas ensamma och övergivna i existentiell kris. Detta upptäcker sjuksköterskor som möter dessa patienter i ett senare skede i vårdprocessen, då de berättar att ingen frågade om de var kapabla till att köra bil eller på annat sätt ta sig hem efter beskedet (Udo et al., 2011).

### **Låg mottaglighet hos patienten**

Sjuksköterskors erfarenheter visar att många patienter inte vill tala om sina existentiella frågor, vilket försvårar kommunikationen även i den övriga omvårdnaden (Strang et al., 2014). Sjuksköterskor känner av atmosfären när de möter patienten och dennes anhöriga för första gången. Detta för att få en uppfattning om hur patienten ska bemötas och vårdas. När patienter och anhöriga har stor oförmåga att hantera den känslomässiga situationen upplever sjuksköterskor en så kompakt atmosfär att den bildligt talat går att skära med kniv (Browall et al., 2010). En del patienter håller hårt på sin integritet och utestänger sjuksköterskor på det existentiella och emotionella planet vid basal omvårdnad. Det är svårt för sjuksköterskor att hantera det existentiella lidande som uppstår när patientens integritet kränks, fastän det inte är avsiktligt. De känner skuld när patienter av den orsaken inte äter och dricker, tar sina mediciner eller går med på vissa omvårdnadsmoment och behandlingar av ren uppgivenhet. Detta sker ofta i samband med att dessa patienter ger upp hoppet om livet (Browall et al., 2010).

Det händer att sjuksköterskor får patienter remitterade till sig för sent i det palliativa skedet. Patienterna kan då befinna sig i ett förvirrat tillstånd, vilket försvårar kommunikationen. Sjuksköterskor försöker komma ikapp i det existentiella mötet för att patienten och de anhöriga ska hinna förbereda sig innan denne avlider, men oftast är det för sent och en god kommunikation uteblir (Keall et al., 2014).

### **Professionell och personlig påverkan**

Professionell och personlig påverkan handlar om sjuksköterskans förmåga att hantera den psykiska stress som arbetet nära existentiellt lidande skapar. Detta innefattar vitt skilda känslomässiga upplevelser, livserfarenhetens betydelse och samla kraft.

### **Vitt skilda känslomässiga upplevelser**

Sjuksköterskor känner sig speciellt utvalda när de får ta del av patienters livshistoria och djupa tankar, de ser det som ett ärofyllt privilegium att få delta i dessa samtal. När de får patienters och anhörigas förtroende känner de sig hedrade, det berikar arbetet och gör det

meningsfullt (Browall et al., 2014; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015). Patienters existentiella funderingar kan få sjuksköterskor att känna igen sig och samhörighet och vänskap uppstår, vilket stärker båda parter (Browall et al., 2014). När de känner att de ger god vård på alla plan och det bekräftas av nöjda patienter och anhöriga, känner sig sjuksköterskor belönade, erkända och tillfredsställda (Boston & Mount, 2006; Johansson & Lindahl, 2011). Patienters förtroende kan dock ge arbetet en känslomässigt dränerande baksida (Tornøe et al., 2015). Om patienterna är frustrerade har en del sjuksköterskor svårt och veta hur de ska bemöta dem. Krävande och utmanande patienter kan få sjuksköterskor att känna sig otillräckliga i sitt arbete (Browall et al., 2014). När sjuksköterskors strategier inte fungerar kan det uppstå känslor av frustration över att deras vision om ett positivt slut på livet skakas om. Deras egna värderingar som de vill förmedla till omvärlden rubbas av dessa verkliga livssituationer (Vachon et al., 2012). Sjuksköterskor som är medvetna om patienters lidande, men av olika orsaker inte kan lindra det, får dem att känna sig missnöjda med sig själva och de tycker att de handlar oetiskt, vilket ger dem dåligt samvete (Udo et al., 2011). De känner sig otillräckliga och dåliga när de självkritiskt inser att de arbetar på det sättet (Keall et al., 2014). Att inte kunna lindra patienters lidande skapar en inre stress hos sjuksköterskor, speciellt hos de yngre (Ekedahl & Wengström, 2007). Om sjuksköterskor är oerfarna kan de uppfatta det som utmanande och har svårt att lyssna på mycket sorg och hopplöshet, de saknar verktyg för att kunna hantera samtalen på ett personligt plan (Strang et al., 2014). Anhörigas ilska kan utlösa stress hos sjuksköterskor om de inte har tillräckligt bra strategier för att hantera dessa situationer (Ekedahl & Wengström, 2007). För att hantera känslan av sorg kan en del sjuksköterskor hålla den ifrån sig genom att inte diskutera känslor med patienten (Udo et al., 2012). De kan även skylla på tidsbrist, fast de i själva verket undviker samtalen för att de tar så mycket kraft (Strang et al., 2014).

Konsekvensen av att arbeta med patienter med existentiellt lidande är att det ger sjuksköterskor en känsla av djup, intensitet, verklighet och närhet till livet (Boston & Mount, 2006). Det ger dem egna existentiella tankar att hantera, men om de är trygga i sig själva hanterar de dessa på ett tillfredsställande sätt (Udo et al., 2012). De uppskattar livet mer och vad det har att erbjuda, de ser det som en gåva och att det finns en mening (Vachon et al., 2012). De lär sig att arbeta nära döden och uttrycker tacksamhet över sin yrkesroll som bidrar till att de får närhet till både sitt och andras liv (Vachon et al., 2012). Att följa många patienters väg mot döden gör att sjuksköterskor ändrar sitt eget sätt att leva, de prioriterar de viktiga sakerna i livet, eftersom de blir medvetna om att livet snabbt kan se helt annorlunda ut (Udo et al., 2012) och medvetenheten ökar kring deras egen död (Vachon et al., 2012). De tar kontroll över livet för att de inte kan ändra på döden och den tanken är lugnande. Det finns en stark önskan att föra vidare denna insikt till kollegor (Vachon et al., 2012), familj och vänner (Ekedahl & Wengström, 2006; Vachon et al., 2012). Medvetenheten om sitt eget existentiella lidande är emellertid en stor utmaning för sjuksköterskor (Boston & Mount, 2006). Att möta patienters sorg över orättvisan i att vara obotligt sjuka, kan även skapa oro och en känsla av hopplöshet hos sjuksköterskorna, de känner då att livet är orättvist och hopplöst (Browall et al., 2014). De tänker på hur de själva skulle känna sig om de var i patientens ställe (Udo et al., 2011). Att arbeta med så mycket sorg och död och att se patienters lidande är en prövande situation som gör dem trötta (Vachon et al., 2012). Döden berör dem djupt och vissa situationer kan de inte sluta tänka på, de minns en del patienter med stor sorg (Browall et al., 2014). Hos en del sjuksköterskor finns en viss motvillighet till

denna del av arbetet då det innebär risken att komma nära sin egen oro/ångest och sitt existentiella lidande och döende (Tornøe et al., 2015).

### **Livserfarenhetens betydelse**

Äldre sjuksköterskor hanterar de existentiella samtalen med patienter bättre än de yngre, livserfarenheten gör dem mer robusta. För att kunna ta emot patienters känslor krävs en viss mognad, mod och vilja (Tornøe et al., 2015). Osäkra sjuksköterskor observerar kollegor för att ta efter deras tillvägagångssätt (Udo et al., 2012). Efter en tids arbete med existentiellt lidande skapas mer självförtroende kring omvårdnadsbeslut. Självförtroendet kommer från inställningen att det är närvaron som är viktig och att patienters känslomässiga lidande är en naturlig del av arbetet och livet (Iranmanesh et al., 2011). Sjuksköterskors livserfarenhet ger en fördjupad kunskap i hur patienters och deras anhörigas behov tillgodoses på bästa sätt. Det är en intuitiv tyst kunskap som omedvetet används utan att de tänker på det. Den intuitiva och tysta kunskapen påverkar hur sjuksköterskor agerar och hanterar patienters existentiella lidande (Johansson & Lindahl, 2011). Erfarenheterna kan innebära att sjuksköterskorna själva har känt samma existentiella lidande som patienter och anhöriga, på grund av att de själva har genomgått en cancerbehandling eller sörjer en nära anhörig. Sådana erfarenheter främjar interaktionen mellan parterna (Ekedahl & Wengström, 2007). Emellertid kan likväl privata sorger och förluster rivas upp, ibland går det inte att hålla tillbaka egna reaktioner till följd av det, exempelvis när unga patienter är döende. Ibland får de stanna upp och tänka på hur de ska se den fortsatta omvårdnaden som meningsfull (Udo et al., 2012).

### **Samla kraft**

Kollegor är ett stort stöd för att hantera den psykologiska stress som lidandet skapar. Med kollegor diskuteras svåra existentiella problem, både personliga erfarenheter och erfarenheter från patientfall (Ekedahl & Wengström, 2006; Strang et al., 2014; Udo et al., 2012). Reflektioner handlar om ett behov av att sätta ord på de känslor som existentiellt lidande väcker (Johansson & Lindahl, 2011) och vissa situationer kräver omedelbar reflektion. Det innebär att sjuksköterskor inte kan vänta en vecka tills nästa personalmöte, utan genast bör söka upp en annan sjuksköterska och fråga om hon har tid att lyssna, om behovet är akut (Boston & Mount, 2006). Om de upplever att samtal med kollegor inte räcker för att hantera deras egen påverkan på ett personligt plan av en svår vårdssituation, söker en del sjuksköterskor professionell hjälp (Ekedahl & Wengström, 2006). Genom att ha roligt ihop, exempelvis genom att äta mat tillsammans på restaurang, skapas gemenskap och ett gott arbetsklimate i gruppen, vilket främjar möjligheterna till att våga vara tydliga med sina reflektionsbehov. Användning av rå humor är ett sätt att lätta på det känslomässiga trycket (Ekedahl & Wengström, 2006).

De sjuksköterskor som hanterar arbetet med existentiellt lidande på ett bra sätt ser till att ha en tydlig gräns mellan arbetstid och fritid (Ekedahl & Wengström, 2006). Att fokusera på de positiva aspekterna bredvid lidandet gör det mer hanterbart. De finner andningshål genom att exempelvis träna, läsa, måla, titta på film eller laga mat (Vachon et al., 2012). Troende sjuksköterskor hanterar sin personliga påverkan med hjälp av sin tro, de vet att det finns liv

efter döden och det skrämmer dem därför inte att arbeta med dessa patienter (Iranmanesh et al., 2011). Sjuksköterskor har en mekanism som säkerställer att de inte blir alltför personligt engagerade (Vachon et al., 2012). De tillåter sig att glömma patienter de en gång vårdat, på så sätt lämnar de arbetet bakom sig (Ekedahl & Wengström, 2006). De sjuksköterskor som hanterar sin personliga påverkan av arbetet på ett bra sätt har insett att de måste ha realistiska förväntningar både på sig själva och på patienterna. Allt blir inte perfekt, det är så livet är (Keall et al., 2014).

## **Resultatsammanfattning**

Resultaten visar att sjuksköterskor är medvetna om och strävar efter att lindra patienters existentiella lidande. Existentiella samtal kan dock upplevas som svåra att hantera för sjuksköterskor, men genom att ha modet att stanna kvar och vara närvarande hos patienten kan lindring ges. Det finns hinder för adekvat professionellt yrkesutövande. Bristande erfarenhet av att vårda patienter med existentiellt lidande leder till oförmåga i att våga se och försöka lindra lidandet. Organisatoriska förutsättningar kan bidra till tidsbrist och låg kontinuitet mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskor påverkas på olika sätt på ett professionellt och personligt plan av mötet med patienters existentiella lidande, det kan upplevas som meningsfullt och tillfredsställande eller det motsatta. De blir mer medvetna om sin egen död och hur snabbt livet kan förändras och behöver strategier för att orka med arbetet i längden. Sjuksköterskor tycker bland annat att det är viktigt att reflektera tillsammans med arbetskollaborer och tydliggöra gränsen mellan arbete och fritid.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med existentiellt lidande. Val av metod, lämplig för kandidatnivå och möjlig att genomföra inom angiven tidsram, stod mellan litteraturstudie eller självbiografistudie av böcker eller bloggar. Med sjuksköterskeperspektiv i syftet föll valet på en litteraturbaserad studie, då forskning fanns med ett sjuksköterskeperspektiv, men inte i tillräcklig mängd i självbiografier. Kvalitativ ansats var lämpligast, då det är den metod som ger ökad förståelse för bland annat erfarenheter i enlighet med Friberg (2012). Syftet ansågs besvarat genom vald metod.

Sökningar gjordes i flera databaser. Efterhand blev nya fynd mer sällsynta och många av artiklarna återkom i sökningarna. Författarna kände sig därmed förvissade om att relevant forskning inom området ingick i studien. Redan under sökprocessen framkom att de artiklar som var intressanta för syftet främst baserades på palliativ vård. Mer riktade sökord provades då för att nå forskning om sjuksköterskors erfarenheter av patienters existentiella lidande hos patienter som exempelvis blivit amputerade eller ryggmärgsskadade, men utan resultat. Trovärdigheten ökade genom att alla artiklar som valdes var *peer reviewed* och utgjordes av primärkällor i enlighet med Wallengren och Henricson (2012). Inklusionskriterierna hölls breda för att ge en så grundlig genomgång av forskningen inom problemområdet som möjligt. I och med att alla årtal tilläts, visade det sig att någon forskning inom området ur ett sjuksköterskeperspektiv nästintill inte gjorts före 2000-talet. Detta visade att det var ett relativt nytt forskningsområde. Valda artiklar var publicerade mellan 2006-2015. Däremot fanns en mängd forskning gjord ur ett patientperspektiv, både före och efter år 2000. Genom att alla länder inkluderades framkom att det inte fanns många länder där studier gjorts inom problemområdet. Sverige, Norge, USA, Kanada och Australien var de länder som utmärkte sig. Enstaka artiklar var gjorda i Asien och i Sydamerika, men kunde inte inkluderas i studien på grund av att de inte uppnådde urvalskriterierna, undantaget en artikel som gjorts i samarbete mellan Sverige och Iran. I Afrika förefaller ingen sådan forskning gjorts. Däremot fanns forskning om existentiellt lidande ur ett patientperspektiv från alla världsdelar. Detta gjorde att litteraturstudien dominerades av forskning gjord inom västerländsk kultur. Dessutom var fem av de svenska artiklarna skrivna av nästintill samma författarkonstellation, vilket kan ha påverkat resultatet subjektivt, då deras tolkningar riskerades följa ett återkommande mönster. Forskning baserad på barn och psykiatrisk vård exkluderades. Detta för att resultatet inte skulle riskera att bli osammanhängande och för att sådana artiklar troligen inte skulle levt upp till inklusionskriteriet om studier på allmänsjuksköterskor, då sjuksköterskor inom psykiatri och pediatrik oftast är specialistutbildade.

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienters andliga/*spiritual* behov jämfördes inte med existentiellt lidande. Några studier hade emellertid vävt ihop begreppen och de inkluderades. Argumentet till att noggrant särskilja på *spiritual* och *existential* var att om andlig forskning skulle blandats in skulle resultatet inte ordagrant svarat på syftet. Enligt vad som beskrivits tidigare är andlighet en mindre del av det större existentiella begreppet (Sand & Strang, 2013). Frågan är om det främst är de mest sekulariserade västerländska länderna



som har det synsättet? Det kanske är så att de stora livsfrågorna i Sverige ses som existentiella, medan dessa i andra länder förknippas med andlighet och religion. Det kan vara förklaringen på varför det finns en världsomspännande mängd forskning på *spiritual care*, cirka 3000 träffar i Cinahl, men inte på *existential care*, cirka 100 träffar, där alla perspektiv är inräknade. Det förefaller inte finnas världsomspännande forskning om problemområdet utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Således kan det vara felaktigt, då det kan vara olika kulturella skillnader i vilket ord som problemområdet benämns med.

För att öka trovärdigheten i studien är metodavsnittet väl redovisat under datainsamling, urval och analys och argumentation finns för olika ställningstaganden i enlighet med Friberg (2012) och Wallengren och Henricson (2012). Sökhistorik, granskningsfrågor och översikt av analyserade artiklar redovisas tydligt och noggrant i bilagor, vilket ger läsaren insyn i processen och ökar bekräftelsebarheten. Tillförlitligheten stärks av att kvalitetsgranskning och analysfas gjordes gemensamt och oklarheter diskuterades i enlighet med Wallengren och Henricson (2012). Att benämna kategorierna i resultatet var det som innebar störst svårigheter under arbetsprocessen. Under artikelsökningen fokuserades det på sökordet *existential* och därmed kan artiklar förbigåtts där det existentiella utgjorde en mindre del av resultatet och inte kopplades till existentiella MESH-termer eller framgick i titlarna.

Trovärdigheten i en studie ökar om författarnas förförståelse och erfarenheter redogörs (Wallengren & Henricson, 2012). Författarnas teoretiska förförståelse baserades på kunskap som inhämtats under sjuksköterskeutbildningen, en utbildning som understryker hur viktigt det är att se hela människan. Den kliniska förförståelsen byggde på erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning, där båda upplevt sjuksköterskor som undvikt att möta patienters och anhörigas existentiella lidande. Förförståelsen skrevs ned enskilt efter att problemområdet valts, för att medvetandegöras. Förförståelsen hanterades genom en strävan att hålla en objektiv inställning, vilket visade sig i resultatet då både sjuksköterskors positiva och negativa erfarenheter belystes.

Enligt Wallengren och Henricson (2012) är överförbarhet något som bör diskuteras mellan författarna, gällande om resultatet går att överföra till andra grupper eller vårdkontexter. Resultatet anses vara delvis överförbart inom svensk palliativ cancervård, då den vårdkontexten troligen har en hög igenkänningsfaktor. Det är dock upp till varje enskild läsare att avgöra om resultatet är överförbart.

## **Resultatdiskussion**

Av resultaten framkommer att sjuksköterskor är medvetna om patienters existentiella lidande och har en strävan mot att ge lindring. De lyssnar, vågar se, interagerar med och finner strategier för varje patients individuella behov. Detta är i linje med vad Wu, Tseng och Liao (2016) visar i sin forskning. När sjuksköterskor tillfrågas om de är villiga att ge existentiell omvårdnad, med formuleringen om de är villiga att lägga tid på att diskutera och utforska patienters rädslor, ångest och problem, svarar 94,5 % ja. Studien undersöker även om viljan kan relateras till sjuksköterskors ålder, klinisk erfarenhet, kön, utbildningsnivå eller religion, men inga signifikanta skillnader tyder på det (Wu et al., 2016). Resultaten

tydliggör att sjuksköterskor har insikt om att deras närvaro är av stor betydelse. Det framhåller även Iseminger, Levitt och Kirk (2009) som beskriver närvaro som en existentiell del i omvårdnaden som innefattar att bry sig om patienten, ge holistiskt vård, skapa en relation och skapa förtroende. De menar även att sjuksköterskans förmåga att bedöma patienters komplexa helhet av fysiskt, själsligt och känslomässigt tillstånd är en konst.

Strävan mot lindring innebär att god kommunikationsförmåga ligger till grund för de existentiella samtalen. Det visas genom att sjuksköterskorna är lyhörda för patienters vilja och behov av att samtala och visar dem att tid finns. De är medvetna om att existentiella samtal inte inleds om inte kommunikationen fungerar. En fin känsla för kommunikation som sjuksköterskan behöver behärska, visas i form av blickar och kroppsspråk. Detta för att själv förstå patientens kroppsliga signaler som visar på viljan och även för att själv sända ut signaler som visar att möjligheten till samtal finns. Betydelsen av att lyssna och ha god kommunikationsteknik framhålls även av Bushinski och Cummings (2007). Kommunikationen innefattar att vara närvarande i patientens sorg, ilska, rädsla och/eller ångest (Stanley, 2000). Bramhall (2014) menar att god kommunikation uppstår när sjuksköterskan har en känsla för vad patienten menar och ger uttryck för och inte nöjer sig med att endast lyssna på vad denne säger. Kommunikationstekniker som hjälper sjuksköterskan att fokusera på patientens egentliga behov är exempelvis att lyssna efter de antydningar som patienten gömmer i det som sägs, verbalt eller icke verbalt, genom att fråga om det är något mer patienten vill tala om. Resultaten tydliggör att sjuksköterskor upprepar eller omformulerar det patienter säger, vilket Bramhall (2014) framhåller som exempel på hur sjuksköterskor förmedlar till patienten att de lyssnar och är aktivt närvarande. Travelbee (1971) menar att sjuksköterskors känsla för och förmåga till kommunikation är instinktiv. Det kan konstateras att en viss känsla måste vara medfödd för att kunna arbeta som sjuksköterska och interagera med patienten så det existentiella lidandet lindras men även teoretisk kunskap om kommunikation är betydelsefull.

Av resultaten framgår att hinder för ett adekvat professionellt yrkesutövande är att sjuksköterskor behöver erfarenhet av existentiell omvårdnad, annars finns risken att deras förmåga att ge denna vård brister. Sjuksköterskor som själva upplevt existentiellt lidande förstår patienters lidande, vilket underlättar för samtal. En slutsats kan dras att det inte är enkelt för en nyexaminerad sjuksköterska, med bristande kunskap och erfarenhet inom det existentiella området, att kunna förstå, bemöta och uttrycka sig så välformulerat till patienter att deras lindande minskar. Tiew (2013) menar att sjuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet inom professionen känner större ansvar och har ökad förståelse för det existentiella behovet hos patienter. De är medvetna om svårigheterna i att bedöma patienters existentiella behov, men känner sig ändå bekväma i att ge existentiell omvårdnad (Tiew, 2013)). Även Travelbee (1971) anser att både omvårdnadsprocessen och sjuksköterskans förståelse växer fram över tid. En slutsats kan dras att erfarenhet visserligen är förutsättningen för att få förmågan, men viljan att lindra det existentiella lidandet kommer inte automatiskt med erfarenheten. Därmed går det inte att sätta likhetstecken mellan att alla sjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet alltid ger god existentiell omvårdnad.

Av resultaten framkommer att ett hinder för att ge existentiell omvårdnad kan vara sjuksköterskors bristande kunskap i ämnet. Det finns flera studier som belyser detta problem

(Bushinski & Cummings, 2007; Henoeh, Danielson, Strang, Browall & Melin-Johansson, 2013; Iseminger et al., 2009; Keall, Clayton & Butow 2014; Lehto, 2012; Lundmark, 2005; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørliie, 2015). Henoeh et al. (2013) framhåller att utbildning och träning gör skillnad. Detta genom att jämföra en testgrupp av sjuksköterskor, som fick träna och reflektera över den existentiella omvårdnaden, med en kontrollgrupp. Testgruppen fick en ökad medvetenhet och tillgodosåg patienternas existentiella behov med markant skillnad. Keall et al. (2014) har utvecklat ett frågeformulär som ska ge sjuksköterskor stöd i det existentiella samtalet med patienter. Målet är att få patienter känna att livet varit meningsfullt. Även Lehto (2012) påvisar att utbildning är betydelsefullt för sjuksköterskor i och med att den ger dem olika strategier som de kan använda sig av för att hjälpa patienter att hantera och acceptera existentiella frågor.

Ett annat hinder som framkommer är en avsaknad av riktlinjer i samband med existentiell omvårdnad. Sjuksköterskorna blir osäkra på hur patienter med existentiella frågor ska hanteras och hänvisar ofta dessa patienter till läkare istället för att ta eget ansvar. Den organisatoriska strukturen anses inte uppbyggd för existentiell omvårdnad. Detta kan leda till tidsbrist och låg kontinuitet mellan sjuksköterska och patient. Vid granskning av Hälso- och sjukvårdslagarna (SFS 1982:763, SFS 2014:821, SFS 2010:659) framgår att ingenting specificeras gällande existentiell omvårdnad. Lagtexterna förefaller övergripande utifrån ett vårdmedicinskt synsätt och ord som *omvårdnad* eller *sjuksköterskans ansvar/profession* nämns inte alls. Det gör att sjuksköterskans ansvarsområde och akademiska ämne döljs i ordet vård, som jämförelsevis blir mer medicinskt och främst syftar på vård och behandling av sjukdom. De enda riktlinjer som finns kring existentiell omvårdnad finns i det kunskapsstöd som Socialstyrelsen (2013) gett ut för palliativ vård. Kunskapsstödet bygger på välgrundad evidens och stämmer väl överens med sjuksköterskans värdegrund och profession. Därmed dras slutsatsen att det kan vara svårt för den enskilda sjuksköterskan att dels bli medveten om behovet av existentiell omvårdnad och dels att hävda hur viktig den är när det inte framgår i lagtexterna. Dessutom kan kunskapsstödet för palliativ omvårdnad tolkas som en signal från Socialstyrelsen om att existentiell omvårdnad endast är viktig vid palliativ vård och inte i annan vård, då existentiell vård inte nämns i andra föreskrifter och riktlinjer.

Resultaten visar att professionell och personlig påverkan kan vara både positiv och givande samt negativt och dränerande. Många sjuksköterskor har inställningen att de ibland får acceptera att de gjort så gott de kunnat och att de får känna sig nöjda med det, annars finns stor risk för att inte orka med arbetet i längden. Sjuksköterskor använder ord som *ärofyllt*, *hedrande* och *privilegium* när de beskriver erfarenheter av att få ta del av patienters innersta tankar. De känner en samhörighet med patienterna som stärker dem på ett personligt plan. Sjuksköterskorna kan anses ha uppnått en mellanmänsklig interaktion som Travelbee (1971) beskriver. Interaktionen växer fram genom att de två parterna börjar se varandra som individer, där empati och sympati för varandra uppstår vilket slutligen ger ömsesidig förståelse. Källerwald (2007) framhåller att sjuksköterskor frågar sig om det är rätt att de i sin profession ska beröras på ett personligt plan. Deras osäkerhet kan bero på att omvårdnaden historiskt sett fokuserat på den fysiska omvårdnaden. Det relativt nya tankesättet att se hela människan gör att sjuksköterskor ännu inte vet hur de ska hantera sin egen existentiella ångest som patienters existentiella frågor skapar. Personlig påverkan är

oundviklig, då patienters existentiella lidande inte enbart berör sjuksköterskan i sin yrkesroll utan framförallt berör sjuksköterskan som människa (Källerwald, 2007). Svensk sjuksköterskeförening (2010) anser att allt lidande inte går att lindra, men inställningen ska vara att försöka. Pessin, Fenn, Hendriksen, DeRosa och Applebaum (2015), beskriver att när sjuksköterskors personliga påverkan av att arbeta med patienter i palliativt skede blir för stor, leder det till en existentiell stress hos dem. Detta kan i sin tur leda till utbrändhet. Riskfaktorer för utbrändhet i detta sammanhang är bland annat känslor av otillräcklighet på arbetet kombinerat med att inte ha tillräckligt med tid för sin familj och fritidsintressen (Pessin et al., 2015).

Patienter med existentiellt lidande finns i alla vårdkontexter och sjuksköterskor behöver vara lyhörda och medvetna om detta var de än arbetar. Detta framkommer emellertid inte tydligt i resultaten då datamaterialet främst bygger på forskning inom palliativ cancervård, vilket i sin tur beror på avsaknad av forskning inom andra vårdkontexter. Jacobsen (2000) och Travelbee (1971) menar att psykiska kriser och existentiellt lidande är en naturlig del av att vara människa. Holmberg (2015) som studerat annan vårdkontext, ambulanssjukvård, fann att den existentiella omvårdnaden ofta försummas till förmån för medicinsk vård och behandling. Sjuksköterskorna är visserligen medvetna om att patienter lider både fysiskt, psykiskt och existentiellt, men fokuserar främst på det fysiska lidandet. Holmberg (2015) påpekar att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård behöver mer kunskap för att kunna vårda patienter och deras anhörigas existentiella behov. I avsaknad av ytterligare forskning ur ett sjuksköterskeperspektiv hänvisas det till slutsatser som gjorts i studier med ett patientperspektiv för att visa att behovet av existentiell omvårdnad finns i andra vårdkontexter. Nyström (2009) belyser att patienter med afasi, det vill säga nedsatt förmåga att tala och/eller förstå tal, kan fyllas av känslor som leder till dålig självkänsla, ensamhet och förändrad identitet. Sjuksköterskor behöver vara villiga att möta dessa patienters behov av att uttrycka sitt existentiella lidande. I en studie av Aronsson, Björkdahl och Wireklint Sundström (2014) framkommer att äldre patienter som ramlat och ådragit sig en höftfraktur fylls av existentiell oro och rädsla för att dö eller få bestående funktionsnedsättningar. Det är emellertid inte den oron som sjuksköterskorna är lyhörda för när de uppmärksammar patienten efter olyckan och bekräftelse och existentiell tröst uteblir.

## **Konklusion**

Studien belyser sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med existentiellt lidande. Erfarenheterna kan vara både positiva och negativa, beroende på vilken erfarenhet och trygghet den enskilda sjuksköterskan har i att ge existentiell omvårdnad. Resultaten visar att sjuksköterskan strävar mot att ge lindring. En god kommunikation mellan sjuksköterska och patient ligger till grund för att ge lindring och det viktigaste är att sjuksköterskan har modet att stanna kvar och lyssna på patienten eller dennes anhöriga. Det finns även hinder för adekvat professionellt yrkesutövande. De främsta hindren är bristande kunskap hos sjuksköterskan och avsaknad av riktlinjer. När sjuksköterskor får utbildning och kunskap i hur existentiellt lidande kan hanteras blir de betydligt bättre på att tillgodose patienters behov av detta. Avsaknad av tydliga regelverk, som betonar vikten av att se patienters existentiella lidande, gör att den delen av omvårdnaden hamnar i skymundan. Resultaten visar även att sjuksköterskan får en professionell och personlig påverkan. Detta gör sjuksköterskan

medveten om hur snabbt livet kan förändras, vilket ger känslor av meningsfullhet och tillfredsställelse eller hopplöshet och otillräcklighet.

### **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

Studien kan bidra till att sjuksköterskor får ökad förståelse och medvetenhet kring patienters existentiella lidande. Den ger konkreta exempel på frågor som kan inleda existentiella samtal och strategier för att lindra patienters existentiella lidande. Studien kan ge insikt om betydelsen av att hitta personliga strategier för att orka arbeta så nära existentiellt lidande som många sjuksköterskor gör. Det är viktigt att sjuksköterskor delar känslor och upplevelser kring existentiell omvårdnad med varandra. Det finns behov av mer forskning på patienters erfarenheter av existentiellt lidande och sjuksköterskors erfarenheter av existentiell omvårdnad inom andra vårdkontexter än palliativ cancervård.

## REFERENSER

\* = Artikel som ingår i studiens resultat

- Arlebrink, J. (2009). *Människan som subjekt – introduktion till vårdetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Aronsson, K., Björkdahl, I. & Wireklint Sundström, B. (2014). Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling - older patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3115-3123. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12550>
- Axelsson, L., Randers, I., Lundh Hagelin, C., Jacobson, S. H., & Klang, B. (2012). Thoughts on death and dying when living with haemodialysis approaching end of life. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2149-2159. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04156.x
- \*Boston, P. H. & Mount, B. M. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 13-26. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.01.009
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing standard* 29(14), 53-59. doi:<http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.14.53.e9355>
- \*Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses descriptions of critical incidents in end-of-life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6): 636-644. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>
- \*Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S. Danielson, E. & Henoch, I. (2010). Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliative and Supportive Care* 8, 59-68. doi:10.1017/S147895150999071X
- Bushinski, R. L. & Cummings, K. M. (2007). Practices of effective end-of-life communication between nurses and patients/families in two care settings. *Creative Nursing*, 13(3), 9-12.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- \*Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2006). Nurses in cancer care--coping strategies when encountering existential issues. *European Journal Of Oncology Nursing*: 10(2), 128-139. doi:10.1016/j.ejon.2006.09.005
- \*Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care – Stress when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(3), 228-237. doi:10.1016/j.ejon.2006.09.005

- Existentiell (2006). *Svenska akademins ordlista* (13:e uppl.) Hämtad 17 november, 2015, från [http://sok.saol.se/Saol13\\_Sidor2.pl?ord=existentiell&grad=M](http://sok.saol.se/Saol13_Sidor2.pl?ord=existentiell&grad=M)
- Estrada Dawson, R., Reynolds F, J. & Messias Hilfinger, K D. (2015). A Conversation Analysis of Verbal Interactions and Social Process in Interpreted-Mediated Primary Care Encounters. *Research in Nursing & Health*, 38, 278-288.
- Friberg, F. (2012) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132, 2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- 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), 785-794. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013>
- Holmberg, M. (2015). *Being secure in insecurity - aspects of caring in the ambulance service*. (Doktorsavhandling, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle). Stockholm: Karolinska institutet.
- Houtepen, R. & Hendrikx, D. (2003). Nurses and the virtues of dealing with existential questions in terminal palliative care. *Nursing Ethics*, 10(4), 377-387. doi:10.1191/0969733003ne620oa
- \*Hudacek, S. S. (2008). Dimensions of caring: a qualitative analysis of nurses stories. *Journal of Nursing Education*, 47(3): 124-129.
- \*Iranmanesh, S., Ghazanfari, Z., Sävenstedt, S. & Häggström, T. (2011). Professional development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people. *Journal of Palliative Care* 27(3), 202-209. doi:10.1016/j.cnur.2009.07.001
- Iseminger, K., Levitt, F. & Kirk, L. (2009). Healing during existential moments: the "art" of nursing presence. *Nursing Clinics of North America*, 44(4), 447-459.
- Jacobsen, B. (2000). *Existensens psykologi – en introduktion*. Stockholm: Natur & Kultur.
- \*Johansson, K. & Lindahl, B. (2011). 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
- Keall, R., Clayton, J. M. & Butow, P. (2014). Australian Palliative Care Nurses' Reflections on Existential/Spiritual Interventions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(2), 105-112. doi:10.1097/NJH.0000000000000047

- \*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
- Källerwald, S. (2007). *I skuggan av en hotad existens, om den onödiga striden mellan biologi och existens i vården av patienter med malignt lymfom* (Doktorsavhandling, Institutionen för Vårdvetenskap och Socialt arbete). Växjö: Växjö Universitet.
- Lehto, R. (2012). The challenge of existential issues in acute care: Nursing considerations for the patient with a new diagnosis of lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 4-11. doi:<http://dx.doi.org/10.1188/12.CJON.E1-E8>
- Leung, D. & Esplen, M. J. (2010). Alleviating existential distress of cancer patients: can relational ethics guide clinicians? *European Journal of Cancer Care*, 19, 30-38.
- Lundmark, M. (2005). Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. *Vård i Norden*, 25(4), 30-36.
- McGrath, P. (2004). Affirming the connection: comparative findings on communication issues from hospice patients and hematology survivors. *Death Studies*, 28(9), 829-848.
- Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. *Journal of Clinical Nursing* 18(17), 2503-2510. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x>
- Pessin, H., Fenn, N., Hendriksen, E., DeRosa, A.P. & Applebaum, A. (2015). Existential distress among healthcare providers caring for patients at the end of life. *Current opinion in Supportive and Palliative Care*, 9(1), 77-86. doi:10.1097/SPC.000000000000116
- Råholm, M-B., Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2008). The immediate lived experience of the 2004 tsunami disaster by Swedish tourists. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 597-606. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04734.x
- Sand, L. & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet – om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Stockholm: Natur & Kultur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 24 november, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 24 november, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/)



- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 1 mars, 2016, från [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)
- Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Vägledning, rekommendationer och indikatorer - Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnr. 2013-6-4). Hämtad 24 november, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>
- Stanley, K. J. (2000). Silence Is Not Golden: Conversations With the Dying. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 34-40.
- Strang, S. & Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and "sense of coherence" in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 15, 127-134.
- Strang, S., Strang, P. & Ternstedt, B-M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 48-57.
- Strang, P. (2007). *Livsglädjen och det djupa allvaret – om existentiell kris och välbefinnande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- \*Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5): 562-568. doi:10.1002/pon.3456
- Svensk sjuksköterskeförening (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 26 februari, 2016, från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad, 23 februari, 2016, från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_2014.webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf)
- Tiew, L. H., Kwee, J. H., Creedy, D. K. & Chan, M. F. (2013). Hospice nurses' perspectives of 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, 1-12. doi:10.1186/s12912-015-0114-6
- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørli, V. (2015). A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14, 1-9. doi:10.1186/s12904-015-0042-y
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis, cop.

- \*Udo, C., Melin-Johansson, C. & Danielson, E. (2011). Existential issues among health care staff in surgical cancer care – Discussions in supervision sessions. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 447-453. doi:10.1016/j.ejon.2010.11.010
- \*Udo, C., Danielson, E. & Melin-Johansson, C. (2012). Existential issues among nurses in surgical care – a hermeneutical study of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 569-577. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06032.x
- \*Vachon, M. Fillion, L. & Achille, M. (2012). Death Confrontation, Spiritual-Existential Experience and Caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 9(2), 151-172. doi:10.1080/14780881003663424
- Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Hämtad 23 mars, 2016, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination i omvårdnad*. (s. 481-497). Studentlitteratur.
- Wu, L-F., Tseng, H-C. & Liao, Y-C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*, 38: 36-41. doi:10.1016/j.nedt.2016.01.001
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79, 2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1. Sökhistorik

Datum	Databas	Avgränsning	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Lästa abstract	Antal lästa artiklar	Kvalitetsgransk. artiklar	Antal utvalda artiklar	Artikelnnummer (enligt bilaga 3)	Återkommande artiklar**
2016-01-19	Cinahl	Peer rev.	Existential crisis (MESH)	29	29	2	-	-	-	-	-
2016-01-19	Cinahl	Peer rev.	Existential care (MESH)	93	93	28	10	8	7	① ③ ⑤ ⑨ ⑪ ⑫ ⑬	-
2016-01-19	Cinahl	Peer rev.	Existential meet nurse	190	190	20	6	3	2	⑥ ⑩	9,11,12
2016-01-19	Cinahl	Peer rev.	Existential care nurse	13	13	3	1	1	-	-	-
2016-01-20	MEDLINE EBSCO	Eng. text	Existential care (MESH)	120	120	10	3	3	1	④	1, 3, 5, 9, 11, 12, 13
2016-01-20	MEDLINE EBSCO	Eng. text	Existential* nurs* care caring meet*	6877	-	-	-	-	-	-	-
2016-01-20	MEDLINE EBSCO	Eng. text	Existential crisis (MESH)	32	32	1	-	-	-	-	-
2016-01-20	MEDLINE EBSCO	Eng. text	Existential conversation (MESH)	3	3	3	-	-	-	-	10
2016-01-20	Cinahl	Peer rev.	Existential* car*	137	137	7	-	-	-	-	1
2016-01-20	Cinahl	Peer rev.	Existential counseling (MESH)	6	6	1	-	-	-	-	-
2016-01-20	Cinahl	Peer rev.	Existential anxiety (MESH)	34	34	-	-	-	-	-	-
2016-01-20	Cinahl	Peer rev.	(Amputation and nursing) (MESH) AND existential*	1	1	1	-	-	-	-	-

**Forts. Bilaga 1. Sökhistorik**

Datum	Databas	Avgränsning	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Lästa abstract	Antal lästa artiklar	Kvalitetsgransk. artiklar	Antal utvalda artiklar	Artikelnummer (enligt bilaga 3)	Återkommande artiklar**
2016-01-20	Cinahl	Peer rev.	spinal injury (MESH) AND existential*	11	11	1	-	-	-	-	-
2016-01-20	Cinahl	Peer rev.	(nurses attitudes towards) (MESH) AND existential*	3	3	2	-	-	-	-	-
2016-01-22	Cinahl	Peer rev.	existential encounters	10	10	3	1	1	1	②	-
2016-01-22	Cinahl	Peer rev. Eng. text 2005-2016	communication between nurses and patients (MESH)	154	154	2	1	1	-	-	-
2016-01-22	Cinahl	Peer rev. Eng. text 2005-2016	nurses' experiences of caring (MESH) NOT child*	214	214	9	2	2	2	⑦⑧	2
2016-01-22	Cinahl	Peer rev.	nurses' experiences of existential care (MESH)	6	6	6	3	-	-	-	11, 12
2016-01-23	Psyc-INFO Ovid	Eng. text No related terms	Existential	7873	-	-	-	-	-	-	-
2016-01-23	Psyc-INFO Ovid	Eng. text No related terms	Existential care	788	100*	8	1	1	1	⑭	1, 5, 9, 13
<b>Totalt:</b>						97	28	20	14		

Peer rev. = Peer reviewed

Eng. text = Engelsk text

\* Pga. sjunkande relevans

\*\*Redovisning av artiklar som återkommit i fortsatta sökningar, numrering enligt bilaga 3.

## **Bilaga 2. Kvalitetsgranskningsfrågor**

Kvalitetsgranskningsfrågor för kvalitativa studier, Friberg (2012).

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är syftet klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna eller situationerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Hur argumenterar författarna?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Finns det en återkoppling till omvårdnadsvetenskapliga utgångspunkter?
- Sker en återkoppling till det praktiska vårdarbetet?

(s.126)

### Bilaga 3. Översikt över analyserade vetenskapliga artiklar

①

Författare	Boston, P. H. & Mount, B. M.
Titel	<i>The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care</i>
Årtal, land	2006, Kanada
Tidskrift	Journal of Pain and Symptom Management
Syfte	Att undersöka behovet av andlighet och det existentiella hos patienter i palliativt skede samt hur den som vårdar upplever att ge andlig vård, både styrkan och svagheten.
Metod	Kvalitativ. Tematisk analys enligt Moustakas modell. Tio deltagare, varav fyra sjuksköterskor, två läkare och fyra övrig personal (från palliativ vårdavdelning, hemsjukvård eller stödgrupp) delades upp i två fokusgrupper. Grupperna leddes av artikelförfattarna. Träffades tre gånger. Semistrukturerad intervjumetod. Diskussionerna spelades in och kompletterades med anteckningar av ickeverbala aspekter.
Resultat	Åtta teman framkom. Att få till en kommunikation kunde ibland hindras av språk eller kulturkrock. Kommunikation är en förutsättning för att kunna prata om det existentiella och det andliga och på så sätt ge god vård till patienter. Sjuksköterskor har genom lång erfarenhet en förmåga att se om patienter är mottagliga för att uttrycka sig. Det finns dock hinder både hos patienter och hos sjuksköterskor som kan förhindra en kommunikation.

②

Författare	Browall, M., Hénoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. & Danielson, E.
Titel	<i>Existential encounters: Nurses descriptions of critical incidents in end-of-life care.</i>
Årtal, land	2014, Sverige
Tidskrift	European Journal of Oncology Nursing
Syfte	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av existentiella möten då de vårdar patienter med långt gången obotlig cancer
Metod	Kvalitativ innehållsanalys med 83 sjuksköterskor från några olika vårdkontexter och städer som skrev ner 88 berättelser av en upplevd situation då existentiella frågor uppstått i omvårdnaden av en patient med obotlig cancer. De skrev ner vad som hänt och vad de tänkt och känt.
Resultat	Två huvudteman, fyra kategorier och sex underkategorier. Bland annat framgår det att sjuksköterskor känner sig obekväma när patienter uttrycker meningslöshet och har en önskan om att få dö. De tycker det är en svår balans mellan att vara ärlig eller hålla tillbaka information, om det palliativa förloppet, om patienten har hopp om en bättre utgång eller vill undanhålla beskedet för sina anhöriga.

③

Författare	Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S. Danielson, E. & Henoch, I.
Titel	<i>Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer</i>
Årtal, land	2010, Sverige
Tidskrift	Palliative and Supportive Care
Syfte	Att undersöka vårdpersonals åsikter om vilka existentiella frågor som patienter med cancer kan ha och vilket ansvar personalen har för att bemöta dessa.
Metod	Kvalitativ innehållsanalys. Femton sjuksköterskor och åtta undersköterskor ingick i fyra fokusgruppsintervjuer. De arbetade på hospice, onkologavdelning, kirurgavdelning och hemsjukvård.
Resultat	Från syftets första fråga framkom fyra kategorier; Liv och död; Mening; Frihet att välja och Relationer och ensamhet, med elva underkategorier. Från syftets andra fråga framkom en kategori; Att åstadkomma ett möte, med tre underkategorier. Slutsatsen visar att vårdpersonalen förstod vikten av existentiella frågor hos patienterna och att de var trygga i sitt bemötande av dessa.

④

Författare	Ekedahl, M. & Wengström, Y.
Titel	<i>Nurses in cancer care -coping strategies when encountering existential issues.</i>
Årtal, land	2006, Sverige
Tidskrift	European Journal Of Oncology Nursing
Syfte	Att studera processen (gällande copingstrategier) av hur sjuksköterskor hanterar sin inre stress i arbetet med patienter i terminalt skede med cancer.
Metod	Kvalitativ och induktivt hypotesskapande. Femton sjuksköterskor inom hospice, onkologavdelningar och cancerinriktad öppenvård intervjuades semistrukturerat.
Resultat	Bevarande, återuppbyggande eller omvärderande copingstrategier sätts i relation till individ-, grupp- och organisationsnivå. Exempelvis har sjuksköterskor med flera olika copingstrategier lättare att hitta en balans i arbetet.

⑤

Författare	Ekedahl, M. & Wengström, Y.
Titel	<i>Nurses in cancer care – Stress when encountering existential issues</i>
Årtal, land	2007, Sverige
Tidskrift	European Journal of Oncology Nursing
Syfte	Att undersöka stressen hos onkologisjuksköterskor, enligt en modell utvecklad av Ekedahl 2001.
Metod	Kvalitativ och hypotesskapande. Femton sjuksköterskor inom hospice, onkologavdelningar och cancerinriktad öppenvård, semistrukturerad intervjumetod.
Resultat	Fyra nivåer av stress identifierades och kategoriserades som; Stress på individnivå (som i sin tur delades upp i professionsrelaterat eller privat); Stress på gruppnivå; Stress på organisationsnivå och Stress på kulturell nivå. Stora delar av resultatet på individnivå berörde existentiell stress.

⑥

Författare	Hudacek, S. S.
Titel	<i>Dimensions of caring: a qualitative analysis of nurses stories</i>
Årtal, land	2008, USA
Tidskrift	Journal of Nursing Education
Syfte	Att beskriva dimensioner av sjuksköterskors omvårdnad, hur de relaterar till och klargör utövandet av professionell omvårdnad.
Metod	Kvalitativ. Giorgi's analysmetod för existentiell fenomenologi användes. Tvåhundra berättelser skrivna av sjuksköterskor från stora delar av världen ingick, men 75 % av dem var från USA.
Resultat	I studien framkommer sju dimensioner som sjuksköterskor upplever i sin omvårdnad av patienter; Bry sig om; Medkänsla; Andlighet; Samhällsengagemang; Skapa bekvämlighet; Ingripa vid kris och Ge det lilla extra.

⑦

Författare	Iranmanesh, S., Ghazanfari, Z., Sävenstedt, S. & Häggström, T.
Titel	<i>Professional development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people</i>
Årtal, land	2011, Iran och Sverige
Tidskrift	Journal of Palliative Care
Syfte	Att klargöra innebörden av iranska och svenska sjuksköterskors erfarenheter av professionell utveckling i vård vid livets slut.
Metod	Kvalitativ. Fenomenologisk hermeneutisk ansats. Åtta sjuksköterskor från onkologienheter i Teheran, Iran och åtta sjuksköterskor från sjukhus eller hemsjukvård i norra Sverige intervjuades.
Resultat	Fyra huvudteman framkom; Hantera existentiella, organisatoriska och kulturella sammanhang; Dela kunskap, erfarenheter och ansvarsområden; Användning förkroppsligad kunskap och Utveckla personlig kompetens.

⑧

Författare	Johansson, K. & Lindahl, B.
Titel	<i>Moving between rooms – moving between life and death: Nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.</i>
Årtal, land	2011, Sverige
Syfte	Att beskriva allmänsjuksköterskors upplevelser av att vårda palliativt sjuka patienter på allmänna sjukhusavdelningar.
Metod	Kvalitativ. Fenomenologisk hermeneutisk analys. Narrativ ansats. Åtta sjuksköterskor från två olika sjukhus deltog, varav fyra från kirurgisk akutavdelning och fyra från medicinsk akutavdelning. Intervjuer med öppna frågor.
Resultat	Att arbeta med patienter i ett palliativt skede kan få sjuksköterskor att själva fundera över sin egen död och hur sårbar han/hon egentligen är. Att vara närvarande i existentiella möten tar både tid och kraft, men ger sjuksköterskor mening och bekräftelse på det arbete som görs. Det tar mycket energi att vårda döende patienter och ibland tar sjuksköterskor en paus genom att arbeta med enbart akut sjuka.



⑨

Författare	Keall, R., Clayton, J. M. & Butow, P.
Titel	<i>How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies</i>
Årtal, land	2014, Australien
Tidskrift	Journal of Clinical Nursing
Syfte	Att undersöka australiska sjuksköterskors uppfattningar om främjande och hindrande faktorer och strategier för att kunna ge existentiell och andlig omvårdnad inom palliativ vård.
Metod	Kvalitativ tematisk innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer av tjugo sjuksköterskor inom palliativ vård, med så stor variation mellan arbetsplats, erfarenhet och andlig inställning som möjligt.
Resultat	Resultatet fördelas inom tre huvudgrupperingar; Främjande faktorer; Hindrande faktorer och Strategier. Främjande faktorer innehåller tre kategorier och åtta underkategorier. Hindrande faktorer innehåller sex kategorier och Strategier innehåller fem kategorier. För att kunna skapa en öppning för att få patienter att prata om det existentiella behöver sjuksköterskor utveckla sin relation med dessa. God kommunikationsteknik behövs och exempel på frågor som kan ställas anges. Identifierade hinder var exempelvis tidsbrist. Olika strategier lades fram för att kunna utveckla relationen med sin patient och därmed få mer tid för existentiella samtal. För det behövs mer kunskap för sjuksköterskorna men även också förändring på organisationsnivå.

⑩

Författare	Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C.
Titel	<i>Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning.</i>
Årtal, land	2014, Sverige
Tidskrift	Psycho-Oncology
Syfte	Att beskriva sjuksköterskors reflektioner om existentiella frågor i sin kommunikation med patienter nära döden.
Metod	Kvalitativ innehållsanalys. Byggs på data som insamlats i samband med en större kvantitativ, randomiserad studie. Sjuksköterskor, 98 till antalet, från flera olika onkologavdelningar, hospis och hemsjukvårdsteam deltog i små reflektionsgrupper vid fem tillfällen, ledda av en sjuksköterska eller socialarbetare som var utbildad för uppgiften. Totalt 46 träffar spelades in och transkriberades.
Resultat	Tre teman framkom: Innehållet i existentiella samtal; Processen i existentiella samtal och Meningsfullheten med existentiella samtal. Nio subteman. Slutsatsen blev att genom att få möjlighet att ventilera sina erfarenheter om dessa samtal kunde sjuksköterskor känna sig tryggare i att hantera sådana. Det var viktigt att bekräfta patienterna, att ha tid för samtalen och att inte försöka lösa alla existentiella problem.

⑪

Författare	Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørli, V.
Titel	<i>The challenge of consolation: Nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study</i>
Årtal, land	2015, Norge
Tidskrift	BMC Nursing
Syfte	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av andlig och existentiell omvårdnad av döende patienter i sjukhusmiljö.
Metod	Kvalitativ. Fenomenologisk hermeneutisk analysmetod efter Lindseths & Nordbergs modell. Sex sjuksköterskor som arbetade på en kombinerad medicinsk och onkologisk avdelning intervjuades i cirka en timma/deltagare.
Resultat	Tre teman: Svårfångat och komplext lidande; Själslig och existentiell vård och Förmedling av tröst. Sex subteman framkom. Det går inte att helt undkomma existentiellt lidande i ett dödsförlopp, men sjuksköterskorna kan lindra lidandet.

⑫

Författare	Udo, C., Danielson, E. & Melin-Johansson, C.
Titel	<i>Existential issues among nurses in surgical care – a hermeneutical study of critical incidents</i>
Årtal, land	2012, Sverige
Tidskrift	Journal of Advanced Nursing
Syfte	Att få en djupare förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av existentiella vårdssituationer på en kirurgavdelning
Metod	Kvalitativ. Hermeneutisk analys. Tio sjuksköterskor skrev ner situationer relaterade till syftet, inklusive deras känslor, tankar och reaktioner. 41 situationer skrevs. Sedan intervjuades de efter cirka en vecka för att få fram ytterligare reflektioner.
Resultat	Tre teman: Inre dialog för meningsfull vård; Sökandet efter att ge rätt vård och Hinder för att ge en god omvårdnad bortsett från det medicinska. Större delen av de beskrivna situationerna handlade sjuksköterskors erfarenheter av att vårda döende patienter med cancer.

⑬

Författare	Udo, C., Melin-Johansson, C. & Danielson, E.
Titel	<i>Existential issues among health care staff in surgical cancer care – Discussions in supervision sessions</i>
Årtal, land	2011, Sverige
Tidskrift	European Journal of Oncology Nursing
Syfte	Att undersöka om hälso- och sjukvårdspersonal på en kirurgisk cancervårdavdelning diskuterade existentiella frågor med varandra.
Metod	Kvalitativ. Sekundäranalys från inspelat material från en tidigare studie år 2001. Åtta deltagare (varav sju sjuksköterskor och en läkare) från en kirurgavdelning med cancervård samlades tolv gånger under ett år och pratade om svåra vårdssituationer. I sekundäranalysen plockades de delar som innehöll existentiella situationer ut.
Resultat	Två huvudgrupperingar gjordes; Personalens diskussioner av deras etiska konflikter och Personalens diskussioner av patienters existentiella smärta. Fem teman framkom. Det finns existentiella frågor bland sjuksköterskorna som måste uppmärksammas. För att kunna ge en god vård behöver de reflektera över etiska dilemman. Sjuksköterskorna är ofta medvetna om patienters existentiella smärta, men vet inte alltid hur denna ska hanteras. Detta sänker arbetsglädjen, höjer stressnivån och ger en känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskorna.

⑭

Författare	Vachon, M. Fillion, L. & Achille, M
Titel	<i>Death Confrontation, Spiritual-Existential Experience and Caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis.</i>
Årtal, land	2012, Kanada
Tidskrift	Qualitative Research in Psychology
Syfte	Tre delsyften: Att få en bättre förståelse för hur sjuksköterskor i palliativ vård hanterar döden. Att beskriva sjuksköterskors existentiella/själsliga erfarenheter. Att undersöka om det finns något samband mellan hanteringen av döden och de existentiella/själsliga erfarenheterna.
Metod	Kvalitativ. Fenomenologisk analys. Elva sjuksköterskor (varav fem från hemsjukvård, två från hospice och fyra från onkologavdelning på sjukhus) deltog. Semistrukturerade intervjuer.
Resultat	Resultatet delas in i två delar. Första delen är beskrivande och består av tre teman; Att konfrontera döden; Andlig/existentiell erfarenhet och Omvårdnadsattityder, sju subteman. I den andra delen delas sjuksköterskors hantering av döden in i tre teman; De som förenar sig med tanken på döden; De som slåss mot tanken på döden och De som lider vid tanken på döden. Resultatet slår fast att det finns ett samband mellan hur sjuksköterskor hanterar arbetet med döende patienter, deras omvårdnadsattityder och deras egna existentiella/själsliga erfarenheter.