Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2025-11-02

Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede.

En allmän litteraturstudie

Nurses' experiences of providing care and meeting patients at the end of life.

A general literature review

Författare: Misela Nikocevic
Stina (Ålhed) Poulsen

Handledare: Mia Kraft, Adjunkt

Examinerande lärare: Robert Ivic-Morén, MedDr

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Vård i livets slutskede innebär att fokus flyttas från botande behandling till lindring av lidande och bevarande av värdighet. De flesta patienter vårdas på sjukhus där palliativ kompetens ofta är begränsad vilket ställer höga krav på sjuksköterskans kompetens i att lindra symtom, kommunicera med patienter och närstående samt att hantera etiska och emotionella utmaningar.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede.

Metod: Allmän litteraturstudie med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Två kategorier och fyra subkategorier identifierades. Kategorier: Hinder och maktlöshet i palliativt omvårdnadsarbete och helhet och relation som grund för värdig palliativ vård. Subkategorier: att arbeta mot organisatoriska hinder, att känna maktlöshet inom professionen, att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv samt kommunikation och delaktighet som grund för värdighet och trygghet.

Slutsats: Brist på personal och resurser försvårar personcentrerad vård och kan leda till känslomässig påverkan. Samtidigt visar resultatet att sjuksköterskans arbete med symtomlindring, god kommunikation och trygghetsskapande är av stor betydelse för patient och närstående. För att förbättra vårdens standard behövs det bättre bemanning, tydliga riktlinjer och stöd genom reflektion och handledning. Sjuksköterskeutbildningen bör också innehålla mer förberedelser inför de utmaningar som kan uppstå vid vård i livets slutskede.

Nyckelord: Sjuksköterskor, erfarenheter, livets slutskede, kommunikation, omvårdnad.

ABSTRACT

Background: End-of-life care involves shifting the focus from curative treatment to alleviating suffering and preserving dignity. Most patients are cared for in hospitals where palliative care expertise is often limited, placing high demands on the nurse's skills in alleviating symptoms, communicating with patients and their families, and managing ethical and emotional challenges.

Aim: To describe nurses' experiences of caring for and meeting patients in the end-of-life.

Method: General literature review with qualitative analysis.

Results: Two categories and four subcategories were identified. Categories: Obstacles and powerlessness in palliative care work and wholeness and relationship as a basis for dignified palliative care. Subcategories: to work against organizational obstacles, to feel powerless within the profession, to alleviate suffering from a holistic perspective, and communication and participation as a basis for dignity and security.

Conclusion: Lack of staff and resources makes person-centred care more difficult and can lead to emotional distress. At the same time, the results show that the nurse's work with symptom relief, good communication and creating security is of great importance for patients and their loved ones. To improve the standard of care, better staffing, clear guidelines and support through reflection and supervision are needed. Nursing education should also include more preparation for the challenges that may arise in end-of-life care.

Keywords: Nurses, experiences, end of life, communication, care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 1
BAKGRUND 2
Innebörd av begreppet palliativ vård 2
Definition av livets slutskede 2
Kommunikation som grund för god vård i livets slutskede 3
Närståendes behov i livets slutskede 4
Etiska och emotionella aspekter av vård i livets slutskede 4
Omvårdnadens värdegrund och sjuksköterskans etiska ansvar 5
Teoretisk referensram och bärande begrepp 6
Vårdrelationer 6
Värdighet 6
Problemformulering 7
SYFTE 8
METOD 9
Design 9
Urval 9
Datainsamling 10
Dataanalys 11
Etiska aspekter 12
RESULTAT 13
Hinder och maktlöshet i palliativt omvårdnadsarbete 13
Att arbeta mot organisatoriska hinder 13
Att känna maktlöshet inom professionen 14
Helhet och relation som grund för värdig palliativ vård 14
Att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv 14
Kommunikation och delaktighet som grund för värdighet och trygghet 15
DISKUSSION 16
Metoddiskussion 16
Resultatdiskussion 18
Att arbeta mot organisatoriska hinder 18
Att känna maktlöshet inom professionen 19
Att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv 20
SLUTSATSER 21
REFERENSER 22

BILAGOR

BILAGA I. Sökmatris PubMed

BILAGA II. Sökmatris CINAHL

BILAGA III. Artikelmatris

BILAGA IV. SBU:s bedömmningsmall för kvalitativa studier

INTRODUKTION

Livets slutskede innebär en tid då fokus förflyttas från botande behandling till att lindra lidande och bevara livskvalitet hos patienten. Vård i livets slutskede bedrivs på olika vårdinstanser och ställer krav på bred kompetens hos vårdpersonalen. För sjuksköterskan innebär det att skapa trygghet, hantera symtom som smärta och andnöd samt möta psykologiska och existentiella frågor. Det innebär också att stödja närstående genom kommunikation och att fatta etiskt svåra beslut. Som blivande sjuksköterskor har vi ännu begränsad erfarenhet av vård i livets slutskede men vi har under praktikplaceringar fått inblick i hur överväldigande denna vård kan vara. Vi såg att omvårdnad inte bara handlar om det fysiska utan även om det psykosociala och andliga vilket visar på bredden på sjuksköterskans profession. Denna studie avgränsas till sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede för att få en djupare förståelse av de utmaningar och förutsättningar som framkommer. Kunskapen kan bidra till en förbättrad vård för patienter och närstående samt stärka sjuksköterskans profession och utveckling.

BAKGRUND

Innebörd av begreppet palliativ vård

Palliativ vård innebär ett övergripande förhållningssätt som kan inledas tidigt i ett sjukdomsförlopp för att sedan pågå under lång tid vid obotliga sjukdomar (World Health Organization, 2020). Palliativ vård förstås både som ett förhållningssätt, en vårdform och ett kompetensområde där syftet är att möta patienten och närstående när sjukdom eller åldersrelaterade förändringar gör att livet närmar sig sitt slut (Socialstyrelsen, 2016, s. 18). Vården delas in i två faser. En tidig, så kallad *allmän palliativ* vård som riktas till de patienter vars omvårdnadsbehov kan tillgodoses av vårdpersonal inom den allmänna vården samt en *sen palliativ fas*, det vill säga vård i livets slutskede då behandlingsmålet är symtomlindring och trygghet (Socialstyrelsen, 2016, s. 22). Den palliativa vården syftar till att lindra symtom som kan visa sig både fysiskt och psykiskt men också till att stödja närstående i en svår livssituation (Alvariza et al., 2019 s. 710). För patienter och familjer kan övergången till palliativ vård ibland vara svår att förstå eftersom den kan upplevas som att all behandling upphör (Alvariza et al., 2019, s. 714). Därför är det viktigt att sjuksköterskan tydligt kommunicerar skillnaden mellan palliativ vård som helhet och vård i livets slutskede, så att både patient och närstående känner trygghet och förståelse för vårdens mål. Eftersom människor i livets slutskede har skilda behov blir vården ofta komplex vilket kräver att vårdpersonal, särskilt sjuksköterskor, har fördjupad kompetens inom smärtlindring, kommunikation och etiskt förhållningssätt för att kunna ge en vård som bevarar värdighet och livskvalitet (Socialstyrelsen, 2016, s. 40).

Definition av livets slutskede

Livets slutskede utgör en avgränsad fas inom den palliativa vården då döden bedöms vara nära och fokus enbart riktas mot att lindra symtom, bevara värdighet och ge stöd till både patient och närstående (Socialstyrelsen, 2020). I denna studie används genomgående termen vård i livets slutskede då den fokuserar på den avslutande fasen av vården där döden är nära. Denna fas kan inträffa i alla åldrar och ibland kan den förutses medan den i andra fall inträffar oväntat. Tidsramen varierar allt från dagar till veckor eller månader och det saknas en exakt definition av när livets slutskede börjar (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019, s. 229). Hui et al. (2014) undersökte skillnaden mellan begreppen livets slutskede, obotligt sjuk och obotligt vårdande som visade att dessa hade en liknande betydelse men skiljde sig åt i dess tillämpning. Livets slutskede används för att definiera en viss tidsram, obotligt sjuk används för att beskriva en patients tillstånd och obotlig vård används för att karakterisera vård som ges till obotligt sjuka patienter (Hui et al., 2014). Forskarna identifierade utmaningen i att fastställa början av denna unika period och beskrev livets slutskede som den del av livet där en person lever med, och försämras av, och så småningom dör av i ett sjukdomscentrerat perspektiv grundat på en period av oåterkallelig nedgång före döden (Hui et al., 2014). Många människor lever sina sista månader eller år med en eller flera kroniska sjukdomar som medför betydande funktionsnedsättningar och gör dem därav beroende av omfattande omvårdnad (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019, s. 230).

Sjukdomsförloppet kan variera drastiskt mellan individer och vissa personer går från att vara friska och självständiga till att samma dag drabbas av en livshotande sjukdom eller olycka som leder till ett förkortat liv. Dessa kräver intensiva vårdinsatser under hela förloppet medan andra upplever en gradvis försämring över längre tid (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019, s. 230). Vården i livets slutskede är ofta komplext och kan innebära svåra symtom som smärta, andnöd och ångest (WHO, 2020). Samtidigt väcks frågor kring mening, relationer och existens som kräver stöd utöver de medicinska insatserna (Socialstyrelsen, 2020). I denna situation har sjuksköterskan en ledande funktion genom att både lindra symtom och uppmärksamma de psykologiska, sociala och existentiella aspekterna av lidande. Närheten till patienten och de närstående gör att sjuksköterskan har en unik position i vården men det innebär också ett stort ansvar och kan vara känslomässigt krävande (Socialstyrelsen, 2020).

Trots behovet av palliativ expertis vårdas majoriteten av patienter i livets slutskede inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet inte på specialiserade palliativa enheter. I stället får de sin avslutande vård på allmänna vårdavdelningar genom primärvården eller via hemsjukvård där tillgången till palliativ kompetens ofta är begränsad (Jakobsson Ung, & Öhle'n, 2019, s. 231). Hui et al. (2014) visade att vårdövergången till livets slutskede har tre huvuddimensioner: vårdplats, vårdnivå och vårdmål. Av dessa innebär begreppet vårdmål att antingen bota eller förlänga överlevnad, optimera fysisk och psykisk funktion, förbättra komfort, uppnå livsmål och ge stöd till familj och närstående (Hui et al., 2014).

Kommunikation som grund för god vård i livets slutskede

Enligt den dialogiska modellen som presenteras av Baggens och Sandén (2019) förstås kommunikation som en process där mening skapas gemensamt mellan de personer som deltar i kommunikationen. I denna modell är kommunikation inte bara en överföring av information från en person till en annan, utan även en uppbyggnad till en förståelse som uppstår genom interaktionen mellan individerna (Baggens & Sandén, 2019, s. 590). Var kommunikationstillfälle är unikt och påverkas av den aktuella situationen, platsen och atmosfären. Samtalet kommer att formas av de deltagande personernas tidigare värderingar erfarenheter, och förväntningar samt av de omständigheter under vilka kommunikationen äger rum (Baggens & Sandén, 2019, s. 590–591). Kommunikation utgör en central del av sjuksköterskans profession, både för att erhålla korrekt information om patienten och dennes situation, och för att förmedla nödvändig information tillbaka till patienten (SSF, 2024). Svensk sjuksköterskeförening (2024) betonar även vikten av att sjuksköterskan kommunicerar respektfullt, lyhört och empatiskt med patienter, närstående och kollegor. När kommunikationen fungerar effektivt förstärks relationerna mellan sjuksköterskorna, samarbetet förbättras och kvaliteten på den vård som ges till patienter höjs märkbart (Meneses-La-Riva et al., 2025). Stark kommunikation bidrar också till att bygga mer meningsfulla sjuksköterska-patientrelationer, vilket är avgörande för att leverera både medkännande och effektiv hälso- och sjukvård (Meneses-La-Riva et al., 2025). Sjuksköterskan har ett ansvar att skapa förutsättningar för patientens delaktighet i sin egen vård. Detta innebär att både erbjuda relevant information och beakta patientens egna önskemål (Eldh, 2019, s. 569–573). I de fall då den verbala kommunikationen inte längre fungerar blir icke-verbal kommunikation allt viktigare. Kommunikation kan då ske genom kroppsspråk, beröring och ansiktsuttryck, vilket möjliggör kommunikation med patienter som på grund av olika omständigheter inte kan delta fullt ut i verbala samtal (Baggens & Sandén, 2019, s. 592–595). En öppen kommunikation mellan sjukvårdspersonal och patienter om beslutsfattande inom vården är av stor betydelse. I de fall där patienten helt saknar förutsättningar för att delta i kommunikationen har sjuksköterskan begränsade möjligheter till att inkludera patienten. Här måste sjuksköterskan i stället använda sig av sin kunskap för att fatta beslut baserat på tidigare erfarenheter (Eldh, 2019, s. 576–577).

Kommunikationen inom vårdteamet är en central del av omvårdnadsprocessen. Teamarbetet kännetecknas av att det hela tiden pågår en dialog mellan medlemmarna i teamet, omgivningen och personerna som teamet arbetar mot (Baggens & Sandén, 2019, s. 614). Vård i livets slutskede innebär utmanande kommunikationsprocesser eftersom den involverar patienter, närstående och vårdpersonal i situationer präglade av osäkerhet och intensiva känslor kring död och döende (Teixeira Prado et al., 2019). Att navigera i denna situation kräver att vårdpersonal är öppen för andras perspektiv, erhåller kontinuerlig utbildning och arbetar tvärprofessionellt för att leverera medkännande och helhetsinriktad vård (Teixeira Prado et al., 2019). Inom teamet besitter alla enskilda kompetenser som var och en bidrar till en gemensam insats för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt (Baggens & Sandén, 2019, s. 614). Genom en strukturerad dialog kan teamet bedöma patientens hälsostatus, enas om vårdåtgärder och koordinera genomförandet av dessa. Den gemensamma kommunikationsprocessen omvandlar de individuella expertområdena till en integrerad vårdkapacitet som utgör grunden för effektiv teambaserad vård (Baggens & Sandén, 2019, s. 614–615). Kommunikation spelar en

avgörande roll för att bilda och säkerställa effektiva vårdteam, särskilt i kritiska situationer (Meneses-La-Riva et al., 2025). Tillgång till redskap för tydlig och precis kommunikation skapar större förutsättningar för säker vård och har långtgående effekter på hela vårdorganisationen. Internationella studier har belyst det starka sambandet mellan kommunikationsförmåga och sjuksköterskors vårdgivande beteenden (Meneses-La-Riva et al., 2025). Evidensen tyder på att förbättrad kommunikation stärker sammanhållningen och samarbetet inom omvårdnadsteamet. Detta skapar en positiv spiral där god kommunikation leder till bättre teamwork, starkare vårdrelationer och i slutändan högre vårdkvalitet för alla inblandade parter (Meneses-La-Riva et al., 2025).

Närståendes behov i livets slutskede

Många studier visar att brist på kunskap om vad de kan förvänta sig i slutskedet kan leda till negativa konsekvenser som psykisk påfrestning och nedsatt hälsa hos de närstående (Alvariza et al., 2019, s. 733). Genom sin kunskap om vilka symptom och tecken som är vanliga när det närmar sig livets slut kan sjuksköterskan förbereda de närstående om vad som sker och vad de kan förvänta sig (Alvariza et al., 2019, s. 732–733). I studien av Robertson et al. (2022) tydliggörs detta då deltagarna uttryckte önskemål om en öppen och ärlig kommunikation från personalen gällande deras närståendes kommande bortgång. I de fall när kunskapen om sjukdomens allvarlighet var otillräcklig hos patienten och de närstående resulterade detta i att familjer fick den belastande rollen att initiera diskussionen om döden med sin nära (Robertson et al., 2022). Genom att inkluderas i beslut gällande behandling och symptomlindring stärktes trygghetskänslan väsentligt hos de närstående (Robertson et al., 2022). Detta syns även i studien av García Navarro et al (2023) då deltagarna uppgav att det bringade dem en stärkt känsla av kontroll och handlingsutrymme att få delta i beslutsfattandet gällande den kommande situationen (García Navarro et al., 2023). En av de största upplevelserna gällde utvecklingen av en nära men professionell relation som främjade känslan av trygghet och respekt vilket hade en avgörande inverkan på de närståendes helhetsbedömning av vårdprocessen (Robertson et al., 2022). En enkel gest som att regelbundet gå och titta till de närståendes mående även när de ej har uttryckt behov av det kan skapar en känsla av trygghet sig (Alvariza et al., 2019, s. 732). Att på eget initiativ erbjuda stödinsatser som minskar de närståendes emotionella börda och utmattning värderas högt (Robertson et al., 2022). Genom att erbjuda en säng eller att hjälpa till med ärenden gjorde det möjligt för de närstående att upprätthålla sin närvaro under längre perioder (Robertson et al., 2022). Gällande stunden direkt efter bortgång uttrycktes det en önskan om att få en längre tids närvaro med den avlidne innan påbörjandet av eftervårdsrutinerna påbörjades för att få chocken och den mest intensiva förlusten att lägga sig (Robertson et al., 2022).

Etiska och emotionella aspekter av vård i livets slutskede

Att vara närvarande och lyssnande innebär ofta att dela patientens lidande och beröras av deras smärta men samtidigt bevara sin professionella handlingsförmåga (Wiklund Gustin, 2019, s. 433). Sjuksköterskor möter i sitt dagliga arbete både etiska och emotionella krav som kan påverka såväl vårdkvalitet som det egna välbefinnandet (Rahm Hallberg, 2021, s. 71). Enligt Rahm Hallberg (2021) bör sjuksköterskan baserat på vetenskaplig evidens och med hänsyn till varje patients individuella vårdsituation välja de åtgärder som har störst potential att skapa positiva resultat med lägst risk för negativa konsekvenser. Samtidigt betonas att evidensen inte ska tillämpas mekaniskt på alla patienter i alla situationer (Rahm Hallberg, 2021, s. 71). Trots vikten av att upprätthålla patientens delaktighet måste vården också tillåta situationer där patienten får vara passiv och vila medan sjuksköterskan under dessa perioder tar över det vårdrelaterade ansvaret (Wiklund Gustin, 2019, s. 433).

Tidigare forskning visar att etisk och emotionell stress utgör ett betydande problem inom slutenvården vilket kan leda till psykisk ohälsa hos sjuksköterskor (Lee et al., 2024). Mötet med patientens lidande kan göra att sjuksköterskan omedvetet intar en känslomässigt distanserad hållning gentemot patienten för att skydda sig själv från att överväldigas av patientens sårbarhet (Wiklund Gustin, 2019, s. 433).

Denna form av självskydd kan på sikt leda till det som benämns "*compassion fatigue*" en typ av emotionell utmattning som påverkar både relationer, arbetsglädje och kan väcka tankar om att lämna yrket (Wiklund Gustin, 2019, s. 433; Ondrejková & Halamová, 2022). Sjuksköterskor anses vara särskilt utsatta för *compassion fatigue* eftersom de återkommande konfronteras med patienters trauma och lidande (Ondrejková & Halamová, 2022). Samtidigt skiljer sig denna typ av utmattning från klassisk utbrändhet genom sina orsaker. Sekundär traumatisk stress uppstår genom upprepade möten med andras lidande medan utbrändhet snarare utvecklas av långvarig exponering för organisatoriska och psykosociala stressfaktorer i arbetsmiljön (Ondrejková & Halamová, 2022). Internationella studier visar att känslomässig stress påverkas av flera faktorer på olika nivåer: individuella, relationella, organisatoriska och strukturella (Lee et al., 2024). Hur sjuksköterskan påverkas beror på personliga förutsättningar, tillgång till stöd och möjligheten till återhämtning (Lee et al., 2024). Dessutom framkommer att sjuksköterskeutbildningen inte alltid förbereder studenter tillräckligt för de emotionella och etiska prövningar som mötet med döende patienter innebär (De Brasi et al., 2020). Den känslomässiga belastningen utvecklas ofta gradvis och påverkas av individens värderingar, yrkesidentitet och upplevda ansvar (De Brasi et al., 2020)

Omvårdnadens värdegrund och sjuksköterskans etiska ansvar

ICN:s etiska kod (2021) utgör en värdegrund som definierar ansvar och skyldigheter för legitimerade sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter. Denna grund ska sedan kunna användas som vägledning i kombination med aktuella riktlinjer och gällande lagar (ICN, 2021, s. 5). ICN:s kod omfattar fyra områden för etiska överväganden och agerande: sjuksköterska- patient, sjuksköterska- yrkesutövande, sjuksköterska- profession samt sjuksköterskor och global hälsa (ICN, 2021, s. 5–6). Under området sjuksköterska och patient beskrivs sjuksköterskans ansvar gentemot personer i behov av vård både nu och i framtiden (ICN, 2021, s. 8). Sjuksköterskans uppgift är att skapa en miljö där människors rättigheter, värderingar och traditioner skyddas. Det är även sjuksköterskans ansvar att säkerställa att patienten och dess närstående får korrekt, tydlig, och tillräcklig information vid rätt tidpunkt. Informationen ska anpassas till den nivån att patienten och de närstående kan förstå för att kunna fatta bra beslut angående vård och behandling. I den palliativa vårdens slutskede är detta avgörande för att uppnå en värdig död. (ICN, 2021, s. 8). När det gäller sjuksköterskor och yrkesutövning fastställs att sjuksköterskan har ett ansvar att arbeta etiskt och att upprätthålla sin professionella kompetens genom fortsatt lärande (ICN, 2021, s. 10). Det är viktigt att fortsatt behålla lämpligheten för yrket för att kunna ge en god och säker vård. Sjuksköterskor ska vidare arbeta efter egen kompetens och använda sitt professionella omdöme när de tar på sig eller delegerar ansvaret vidare. De har även ett ansvar dela med sig av sin kunskap och ge stöd, handledning och återkoppling till sjuksköterskestudenter, kollegor och annan vårdpersonal (ICN, 2021, s. 10). Inom området sjuksköterskor och professionen förväntas sjuksköterskan bidra till utvecklingen av vårdmetoder och till forskning som syftar till att förbättra omvårdnaden. De ska arbeta för att upprätthålla yrkets värderingar och delta i förbättringar av arbetsmiljön (ICN,2021, s. 12). Detta menar Svensk sjuksköterskeförening (2024) att det leder till säkrare omvårdnad, reducerat lidande samt förbättrad hälsa. Slutligen, under området sjuksköterskor och global hälsa beskrivs hur sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar att respektera mänskliga rättigheter, främja autonomi och agera när människors hälsa hotas (SSF, 2024). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2024) behöver var sjuksköterska utveckla ett personligt förhållningssätt till ICN:s etiska kod för god omvårdnad. Omvårdnad kräver att sjuksköterskan uppmärksammar och respekterar varje individs upplevelse av hälsa och ohälsa (SSF, 2024). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2024) ska sjuksköterskans arbete utgå från sex kärnkompetenser som tillsammans kallas för omvårdnadsprocessen: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård samt informatik. Dessa kompetenser tydliggör sjuksköterskans ansvar i vårdkedjan och bidrar till en vård som är både individanpassad och utvecklingsinriktad (SSF, 2024, s. 5). Omvårdnaden ska genomföras genom

samarbete med patient och närstående, med målet att bevara värdighet och integritet (SSF, 2024). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2024) ska vården präglas av trygghet, tillit och ömsesidighet. I livets slutskede innebär detta att sjuksköterskan ska lindra lidande och stödja både patient och närstående genom närvaro, kommunikation och respekt. Genom god omvårdnad kan sjuksköterskan stötta både patient och närstående genom närvaro, kommunikation och empati. Vården utgår från patientens berättelse och präglas av ömsesidig respekt och kunskapsutbyte, där vården utformas gemensamt för att uppnå god och säker vård (SSF, 2024, s. 6).

Teoretisk referensram och bärande begrepp

I denna studie används begreppen **vårdrelationer** och **värdighet** som utgångpunkt för att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede.

Vårdrelationer

Vårdrelationer utgör grunden för god omvårdnad och omfattar såväl korta som långvariga kontakter mellan patient, närstående och sjuksköterska (Nyström, 2019, s. 468). Relationen bygger på sjuksköterskans förmåga att använda kunskap och erfarenhet på ett sätt som är personligt utan att vara för privat vilket lägger grunden för en bra vård med positiva effekter för patienten (Nyström, 2019, s. 468). Vårdrelationen är inte en enskild händelse utan en pågående process som utvecklas i varje möte mellan sjuksköterska och patient. Relationen bygger på ömsesidig respekt men präglas samtidigt av en asymmetrisk struktur där patienten befinner sig i en beroendeställning (Hynnekleiv et al., 2023). Sjuksköterskan har ett professionellt ansvar att se till att patienten känner sig trygg, delaktig och värdefull. Detta ansvar är särskilt viktigt när patienten befinner sig i en extra sårbar situation såsom vid allvarlig sjukdom, psykisk ohälsa eller i livets slutskede (Hynnekleiv et al., 2023). Genom empati, närvaro och aktivt lyssnande kan sjuksköterskan skapa en atmosfär där patienten vågar uttrycka sina behov, känslor och rädslor (Hynnekleiv et al., 2023). En god relation kan minska oro och öka patientens motivation till att följa vårdplanen. Genom medveten kommunikation och ett etiskt förhållningssätt kan sjuksköterskan skapa en vårdrelation som både är funktionell och meningsfull (Hynnekleiv et al., 2023). Forskning visar att en vårdrelation präglad av ömsesidighet och tillit skapar förutsättningar för ett gemensamt engagemang, där både sjuksköterskan och patienten upplever mening och delaktighet i vårdprocessen (Hynnekleiv et al., 2023). När sjuksköterskan visar äkta närvaro och erkänner patientens sårbarhet kan detta leda till ett ömsesidigt förtroende som stärker relationens djup (Hynnekleiv et al., 2023). Studien framhåller även att balansen mellan professionell närhet och nödvändig distans är central för att undvika emotionell överbelastning hos sjuksköterskan, samtidigt som patientens behov av trygghet och bekräftelse tillgodoses (Hynnekleiv et al., 2023).

Värdighet

Människans värdighet har ett starkt samband med känslan av personlig integritet. I situationer präglade av sjukdom och lidande där värdigheten riskerar att kränkas framträder behovet av ett respektfullt och empatiskt bemötande (Edlund, 2012, s. 364). För att värna om patientens unika värde och värdighet krävs det att sjuksköterskan aktivt ser och bekräftar individen som en betydelsefull person (Edlund, 2012, s. 366). Att vårda med respekt för en människas integritet och människovärde innebär att förhålla sig med vördnad till patientens liv och hälsa, vilket utgör en grundläggande princip i sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Edlund, 2012, s. 367). I sjuksköterskans uppdrag ingår det att bevara patientens värdighet och förebygga kränkande eller förnedrande handlingar. Att befinna sig i hjälplöshet kan för patienten vara både förödmjukande och obehagligt (Edlund, 2012, s. 367). Den värdighet och självkänsla som en människa upplever är starkt kopplad till förmågan att vara självförsörjande och upprätthålla sin autonomi, sitt oberoende och sin frihet, liksom att inte behöva belasta sin omgivning (Edlund, 2012, s. 367).

I livets slutskede blir dessa aspekter av värdighet särskilt betydelsefulla. Att tillämpa ett respektfullt förhållningssätt, aktivt lyssnande och ett gott samspel med patient och närstående utgör avgörande faktorer (Sandman, 2019, s. 269). Bemötandet bör ta sin utgångspunkt i patientens egen självbild och identitet, snarare än enbart i dennes sjukdomstillstånd eller vårdbehov (Sandman, 2019, s. 269). Genom att konsekvent sträva efter god etisk omvårdnad kan sjuksköterskor lindra och förebygga onödigt lidande (Edlund, 2012, s. 372).

Problemformulering

Vård i livets slutskede är förknippad med många olika utmaningar för sjuksköterskan. Forskning visar att bristande resurser, känslomässig belastning och svårigheter i kommunikationen med patienter och närstående kan hota vårdens kvalitet. Majoriteten av patienter i livets slutskede vårdas inte på specialiserade palliativa enheter utan på allmänna vårdavdelningar där tillgången till palliativ kompetens ofta är begränsad. Detta kan leda till att sjuksköterskor möter döende patienter utan tillräckligt stöd eller förberedelse. Samtidigt ingår det i sjuksköterskans profession att bevara patientens värdighet och skapa trygghet för de närstående. Det finns därför ett behov av ökad kunskap om vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors förutsättningar att vårda och möta patienter i livets slutskede.

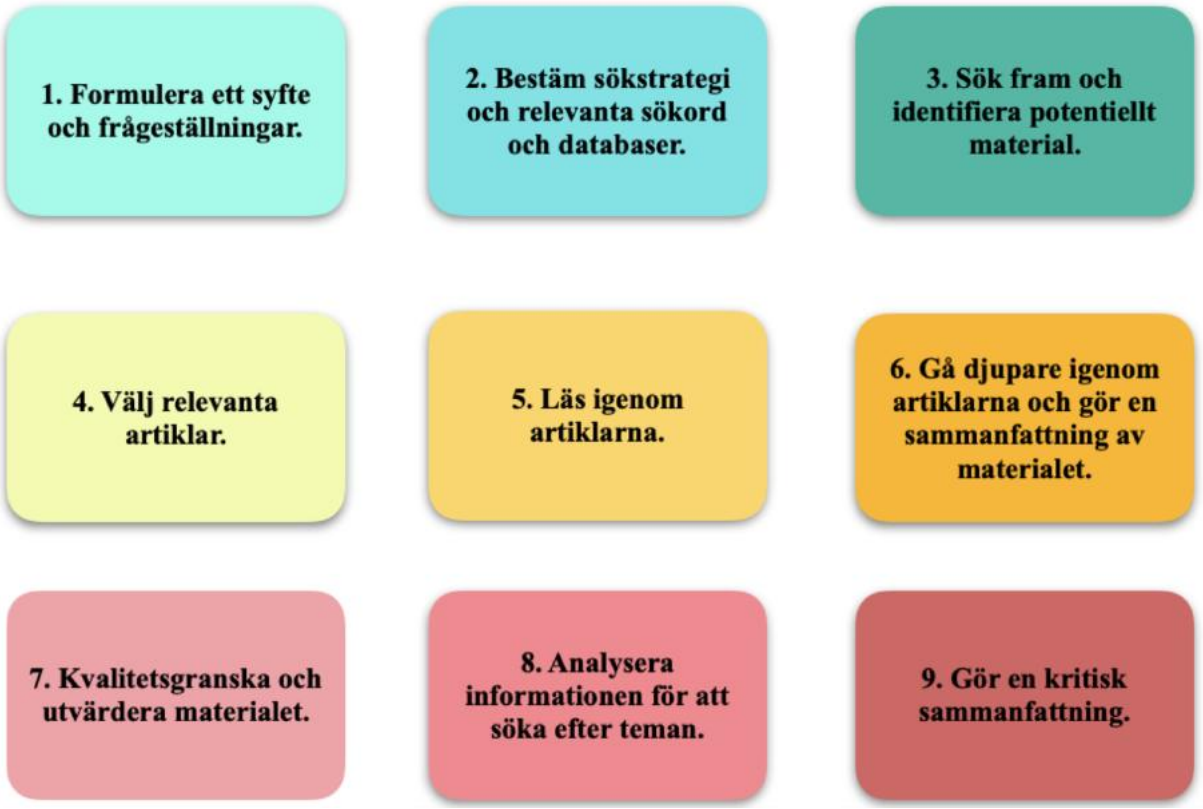
SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie med fokus på kvalitativa studier. Denna design bedömdes vara lämplig eftersom studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede. Genom att inkludera och analysera kvalitativa originalstudier möjliggjordes en fördjupad förståelse för hur dessa erfarenheter tar sig uttryck i olika kontexter (Polit & Beck, 2021 s. 85). Arbetet genomfördes i enlighet med Polit och Becks (2021, s. 85–87) **niostegsmodell** för litteraturöversikter vilket bidrog till en systematisk och transparent arbetsgång och därigenom stärkte den vetenskapliga kvaliteten. **Steg 1** i niostegsmodellen var att utforma studiens syfte och problemformulering syftet blev att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede.



Figur1. Niostegsmodellen: Översatt till svenska från Polit & Beck (2021, s. 85).

Urval

Urvalet genomfördes i enlighet med **steg två** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell vilket innebär att tydliga inklusions- och exklusionskriterier fastställs. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade originalstudier med kvalitativ metod, publicerade mellan 2015 och 2025, vuxna patienter, skrivna på engelska samt tillgängliga i fulltext. Denna tidsavgränsning gjordes för att säkerställa att det inkluderade materialet speglar aktuell forskning. Vidare skulle studierna utgå från sjuksköterskors erfarenheter av att vårda vuxna patienter i livets slutskede inom slutenvårdens sjukhusmiljöer, såsom medicinska, onkologiska och intensivvårdsavdelningar, och redovisa etiska överväganden för att uppfylla grundläggande forskningsetiska krav.

Exklusionskriterierna omfattade artiklar som belyste patienters eller närståendes perspektiv, studier utförda i hemsjukvård eller särskilda boenden, kvantitativa studier, artiklar utan tillgång till fulltext

samt sådana som inte var relevanta för studiens syfte. Studier som inkluderade barn exkluderades eftersom vårdens förutsättningar och sjuksköterskors erfarenheter i denna kontext skiljer sig från vuxenvården.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes i enlighet med steg 2–5 i Polit och Becks (2021, s. 85–87) niostegsmodell vilket innebär att relevanta sökord identifierades, lämpliga databaser valdes, systematiska sökningar genomfördes och materialet därefter granskades och dokumenterades. Arbetet inleddes med att sökorden identifierades utifrån studiens syfte (steg 2). Fyra centrala begrepp låg till grund för sökningarna: sjuksköterska (*nurs**), upplevelser (*experiences OR perceptions OR attitudes OR views*), vård i livets slutskede (*end-of-life care*) samt vårdkontext (*hospital OR acute setting OR inpatient OR ward*). Dessa begrepp kombinerades med booleska operatorer (*AND, OR*) och trunkering för att fånga ett så brett men samtidigt precist material som möjligt. Genom att använda både fritextord och ämnesord samt booleska operatorer skapades söksträngar som fångade relevanta studier om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede. Denna sökprocess dokumenterades i sökmatriser (Bilaga 1& 2). En testsökning genomfördes innan studien påbörjades för att få en uppfattning om tillgången till vetenskapliga artiklar som kunde besvara studiens syfte.

I **steg 2** som omfattade även val av databaser och där valdes Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public/Publisher Medline (PubMed) eftersom dessa tillsammans täcker både omvårdnads- och medicinsk forskning och därmed breddar sökningens räckvidd. Samma söklogik tillämpades i båda databaserna men sökningarna anpassades till respektive kontrollerade ämnesord. CINAHL använder *CINAHL Headings* medan PubMed använder *Medical Subject Headings (MeSH)*, vilket innebar att de ämnesord som identifierades i CINAHL översattes till motsvarande MeSH-termer vid sökningarna i PubMed. Eftersom termen *end-of-life care* saknar en egen MeSH-term i PubMed användes frasen *end of life* i kombination med *experiences OR perceptions OR attitudes OR views* i Title/Abstract-fältet för att fånga relevanta studier.

I **steg 3** som utgjorde själva sökningen genomfördes systematiska litteratursökningar i båda databaserna. Sökningarna begränsades till vetenskapligt granskade originalartiklar skrivna på engelska, publicerade mellan 2015 och 2025, med deltagare som var vuxna. I CINAHL aktiverades filter för *Full Text*, *Peer Reviewed*, *All Adult* och *Engelska*, medan PubMed-sökningen begränsades via filterfunktionen till *10 years*, *19+ years, Full text och Peer Rewiewed*. Dessa avgränsningar säkerställde att materialet var både aktuellt och vetenskapligt relevant för studiens syfte.

I **steg 4** som avsåg granskning av artiklarna granskades samtliga träffar systematiskt. Den initiala sökningen i CINAHL resulterade i 167 träffar och i PubMed 284 träffar. Titlar och abstrakt lästes för att identifiera relevanta studier och de artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna gick vidare till abstract och sedermera till fulltextgranskning i steg 5. I **steg 5** gick totalt 20 artiklar vidare till fulltextgranskning.

I **steg 6** granskades tio valda artiklar efter fulltextgranskning av totalt 20 artiklar som identifierades i de systematiska sökningarna. Granskningen genomfördes för att säkerställa att studierna svarade mot syftet och uppfyllde inklusionskriterierna. Tio artiklar exkluderades då de inte motsvarade studiens syfte eller kriterier, exempelvis genom att de fokuserade på patienters eller närståendes perspektiv, använde kvantitativ design eller utförts i annan vårdkontext än sjukhus. De artiklar som inkluderades sammanställdes i en artikelmatris (Bilaga 3). Matrisen redovisade uppgifter som författare, årtal, tidskrift, land, titel, syfte, metod, resultat och kvalitetsbedömning vilket skapade transparens och ordning inför den fortsatta analysen.

I **steg 7** genomfördes kvalitetsgranskningen av de tio artiklar som gått vidare till fulltextläsning. Granskningen utfördes systematiskt med stöd av Polit & Beck (2021, s. 85–86) samt Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU, 2022) granskningsmall för kvalitativa studier. Syftet var att säkerställa att de inkluderade artiklarna höll hög vetenskaplig kvalitet och att forskningsprocessen i respektive studie var tydligt redovisad. Bedömningen gjordes oberoende av båda författarna och jämfördes därefter för att nå samstämmighet, vilket minskade risken för subjektiva tolkningar och bias. Varje artikel bedömdes utifrån mallens kriterier där fokus låg på studiernas syfte, urval, datainsamling, analysmetod, forskarnas etiska överväganden samt graden av trovärdighet och överförbarhet. Även forskarnas egen förförståelse diskuterades eftersom den kan påverka tolkningen av resultat. Efter granskningen delades artiklarna in i tre kvalitetsnivåer: hög, medelhög och låg. Fyra artiklar bedömdes hålla hög kvalitet och sex medelhög kvalitet medan inga artiklar klassades som låg kvalitet.

Dataanalys

I steg 8 analyserades de tio inkluderade artiklarna med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Först lästes varje artikel igenom upprepade gånger för att skapa en helhetsförståelse av materialet. Därefter identifierades meningsbärande enheter, ord, meningar eller stycken som belyste syftet och dessa kondenserades till översatt svenska för att bevara kärninnehållet. De kondenserade enheterna kodades sedan för att beskriva det uttalade (manifest) innehållet. Ett gemensamt arbetsdokument i tabellform upprättades där meningsbärande enheter, kondenseringar och preliminära koder noterades. Detta skapade en tydlig arbetsgång och gjorde det möjligt att steg för steg följa analysprocessen. Kodningen utgjorde analysens manifesta nivå eftersom vi höll oss nära textens yttre budskap. Dokumentet användes som grund för diskussioner mellan författarna, var och en genomförde först en egen analys och sedan jämfördes resultaten. Vid skillnader i kondensering eller kodning diskuterades dessa tills en gemensam förståelse och konsensus uppnåddes. När koder med liknande innebörd grupperades till preliminära subkategorier gjorde vi en första tolkning av underliggande innebörd. Denna övergång markerar analysens latenta (tolkande) fas där vi sökte meningsbärande mönster bortom det bokstavliga innehållet. Subkategorierna förfinades genom gemensamma diskussioner och utvecklades till kategorier som fångade de latenta teman som svarade mot studiens syfte. Arbetet stärktes genom att båda författarna arbetade parallellt och systematiskt dokumenterade sina steg i arbetsdokumentet. Allt som allt var analysen manifest i de inledande stegen med identifiering, kondensering och kodning av meningsbärande enheter, och blev latent när koderna grupperades till subkategorier och kategorier. Överförbarheten säkerställdes genom att resultatet stöddes av flera studier från olika kontexter vilket ger en bredare bild av sjuksköterskors erfarenheter.

Tabell 1: Utdrag ur analysprocessen.

Meningsbärande enheter	**Kondensering**	**Kod**	**Sub-kategori**	**Kategori**
Pain relief was also provided through nursing actions such as gentle touch, repositioning, and body care, aimed at improving comfort. (2)	Smärtlindring gavs i form av omvårdnadshandlingar som beröring, lägesändring och kroppsvård för att öka komfort.	Omvårdnadshandlingar för smärtlindring	Att lindra lidande genom ett helhetsperspektiv	Helhet och relation som grund för värdig palliativ vård

The emotional challenges stemmed from witnessing patients suffering and dying, feelings of helplessness in being unable to cure patients. (3)	Emotionella utmaningar uppstod när sjuksköterskor bevittnade lidande och död samt kände hjälplöshet inför att inte kunna bota.	Emotionella utmaningar	Att känna maktlöshet inom professionen	Hinder och maktlöshet i palliativt omvårdnadsarbete
Building trusting relationships with families is crucial in caring for dying patients. (5)	Att bygga förtroende med familjer är centralt i vården av döende patienter.	Bygga förtroende	Kommunikation och delaktighet som grund för värdighet och trygghet	Helhet och relation som grund för värdig palliativ vård

I **steg nio** sammanställdes analysens resultat. De kondenserade meningsenheterna och koderna sorterades in i subkategorier vilka i sin tur utvecklades till kategorier som svarade mot studiens syfte.

Etiska aspekter

Eftersom denna studie är en litteraturöversikt och inte innefattar egen datainsamling har ingen etikprövning krävts enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460). Trots detta är det viktigt att beakta forskningsetiska aspekter genom hela arbetet. Som blivande sjuksköterskor med begränsad erfarenhet av vård i livets slutskede hade vi en förförståelse som formats av våra teoretiska studier och praktikplaceringar. Denna förförståelse kunde påverka hur vi tolkade studierna och därför diskuterade vi våra antaganden och erfarenheter fortlöpande för att öka medvetenheten och minska risken för bias. För att säkerställa att den kunskap som sammanställs bygger på etiskt hållbar forskning inkluderades enbart artiklar där etiska överväganden redovisats, exempelvis genom godkännande från en etisk kommitté eller genom att forskarna beskrivit principer som informerat samtycke, frivillighet, integritet och konfidentialitet. Arbetet har förhållit sig till de principer som uttrycks i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013), vilken betonar att forskning ska bygga på respekt för människans värdighet, integritet och rätt till självbestämmande. Även om primärdeltagare inte inkluderades i denna studie har vi som författare följt dessa riktlinjer för att värna om de personer vars erfarenheter ligger till grund för analysen. I enlighet med Forsberg och Wengström (2016, s. 59) är det avgörande att även en litteraturstudie präglas av ett forskningsetiskt förhållningssätt, där transparens, systematik och korrekt källhantering är centrala för att upprätthålla trovärdighet. Polit och Beck (2021, s. 131–144) betonar att forskningsetiska principer inte enbart handlar om att skydda deltagarna i de ursprungliga studierna, utan också om att värna om tillförlitligheten i den kunskap som förmedlas. Detta innebär att vi som studenter och författare har ett ansvar att arbeta noggrant, undvika plagiat och behandla de erfarenheter som beskrivs i de inkluderade studierna med respekt. Genom att följa dessa riktlinjer stärks både den vetenskapliga kvaliteten och det professionella ansvaret i omvårdnadsforskningen, samtidigt som respekten för de individer vars erfarenheter ligger till grund för studiens resultat värnas.

RESULTAT

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede. Syftet kunde besvaras genom att det identifierades två kategorier: Hinder och maktlöshet i palliativt omvårdnadsarbete och helhet och relation som grund för värdig palliativ. Det framkom fyra subkategorier: att arbeta mot organisatoriska hinder, att känna maktlöshet inom professionen, att lindra lidande genom ett helhetsperspektiv samt kommunikation och delaktighet som grund för värdighet och trygghet (se figur 2). Resultatet baseras på totalt tio valda originalartiklar som bedömdes besvara syftet.

Figur 2: Kategorier och Subkategorier.

Hinder och maktlöshet i palliativt omvårdnadsarbete

Kategorin belyser sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede under begränsade organisatoriska förutsättningar. Brist på resurser, tid och personal skapade känslor av frustration och maktlöshet när patienternas behov inte kunde tillgodoses i den utsträckning som sjuksköterskorna önskade. Det ledde till etiska konflikter och en känsla av otillräcklighet inför lidande som hade kunnat lindras. Samtidigt beskrev sjuksköterskorna hur vårdens emotionella tyngd och osäkerhet i mötet med döden utmanade den professionella rollen. När de hindrades från att ge en vård präglad av närvaro, värdighet och lindring upplevdes det som påfrestande.

Att arbeta mot organisatoriska hinder

Organisatoriska hinder framträdde som en återkommande utmaning i sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Crump, 2019; Reid et al., 2025; Xu et al., 2025). Brist på läkemedel, material och fungerande utrustning som exempelvis övervakningsinstrument och syrgastillgång försvårade möjligheten att erbjuda en trygg och anpassad vård. När patienters behov inte kunde tillgodoses på grund av dessa materiella begränsningar beskrev sjuksköterskor känslor av maktlöshet och otillräcklighet (Dartey et al., 2025; Xu et al., 2025). En framträdande resursbrist var personalbrist (Alanazi, 2024; Crump, 2019; Dartey et al., 2025; Reid et al., 2025; Xu et al., 2025). Otillräcklig bemanning innebar att sjuksköterskor ofta tvingades prioritera tekniska uppgifter framför närvaro och stöd till patienter och närstående vilket riskerade att reducera vården till ett mer uppgiftsorienterat arbetssätt. Detta upplevdes som etiskt påfrestande då sjuksköterskor inte kunde leva upp till sitt ansvar att möta patienternas behov i livets slutskede (Crump, 2019; Reid et al., 2025; Xu et al., 2025). Personalbristen påverkade även förutsättningarna för

symtomlindring (Dartey et al., 2025; Reid et al., 2025). Sjuksköterskor rapporterade att de inte alltid hade möjlighet att genomföra regelbundna symtomskattningar eller administrera behovsmedicinering i korta intervall vilket ökade risken för otillräcklig smärtlindring och försämrad komfort för patienterna. Personalbristen bidrog till en ständig oro för att patienternas behov inte möttes i tid (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Reid et al., 2025).

Att känna maktlöshet inom professionen
Att vårda patienter i livets slutskede orsakade en tydlig känslomässig belastning för sjuksköterskor (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Odachi et al., 2017; Osei et al., 2025; Palmryd et al., 2025; Stokes et al., 2019; Stuart, 2024; Xu et al., 2025). Flera beskrev hur starka band utvecklades till patienter och deras familjer vilket gav vården en djupare mening men samtidigt kunde leda till sorg, stress och i vissa fall tårar på arbetsplatsen (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025). Relationerna upplevdes som både meningsfulla och emotionellt utmattande vilket skapade en balansgång mellan att vara närvarande och att bevara professionella gränser för att skydda sin egen psykiska hälsa (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Osei et al., 2025; Stokes et al., 2019).

En återkommande erfarenhet var känslan av osäkerhet och maktlöshet i mötet med patienter och närstående (Odachi et al., 2017; Palmryd et al., 2025; Xu et al., 2025). När patientens vilja var oklar eller när familjens önskemål stod i motsats till sjuksköterskans professionella bedömning uppstod frustration, etiska konflikter och inre emotionell press. Detta blev särskilt påtagligt när livsuppehållande behandlingar fortsatte trots begränsade möjligheter till överlevnad eller när prognoser undanhölls vilket gav upplevelsen att patientens värdighet försummades (Dartey et al., 2025; Odachi et al., 2017; Palmryd et al., 2025; Stokes et al.,2019; Xu et al., 2025).

Utmaningarna blev särskilt svåra i mötet med unga eller kritiskt sjuka patienter (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Xu et al., 2025). Sjuksköterskor uttryckte då sorg, maktlöshet och känslor av otillräcklighet när de hindrades från att ge en vård som motsvarade patienternas behov (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Xu et al., 2025). I intensivvårdsmiljöer förstärktes dessa upplevelser ytterligare av teknologins dominans, där sjuksköterskor kände sig kluvna mellan rollen som teknisk övervakare och rollen som medkännande vårdare. Detta resulterade i en inre konflikt som för många beskrevs som en existentiell maktlöshet i vården av patienter i livets slutskede (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Xu et al., 2025).

Helhet och relation som grund för värdig palliativ vård

Denna kategori beskriver hur sjuksköterskor strävar efter att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv där kroppsliga, psykiska, sociala och existentiella behov ses som sammanlänkade delar av vården. En värdig vård uppnås när symtomlindring kombineras med närvaro, beröring och omsorg som stärker tryggheten för både patient och närstående. Relationer och kommunikation framträder som centrala redskap för att skapa delaktighet, förstå patientens önskemål och bevara värdigheten i livets slutskede. Sjuksköterskans förmåga att vara lyhörd och skapa ett lugnt och respektfullt vårdrum möjliggör meningsfullhet och trygghet i den sista tiden.

Att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv
Att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv framträdde som en av de mest centrala delarna i vården av patienter i livets slutskede (Alanazi, 2024; Crump, 2019; Odachi et al., 2017; Osei et al., 2025; Reid et al., 2024; Stokes et al., 2019; Stuart, 2024; Xu et al.,2025). Sjuksköterskor beskrev hur farmakologiska åtgärder som smärtlindring och sedering behövde kompletteras med omvårdnadsinsatser för att uppnå en helhetsmässig lindring. När fysisk smärta, oro och existentiella utmaningar hanterades tillsammans upplevdes vården som mer värdig och trygg för patienten (Alanazi, 2024; Crump, 2019; Osei et al., 2025; Stokes et al., 2019). Konkreta omvårdnadshandlingar som

beröring, lägesändringar, munvård och kroppsvård lyftes fram som centrala för att öka komforten och minska oro. När dessa åtgärder planerades i förväg genom vårdplanering och färdiga ordinationer kunde lidande förebyggas och trygghet stärkas hos både patienter och närstående (Alanazi, 2024; Odachi et al., 2017; Stokes et al., 2019; Stuart, 2024; Xu et al.,2025).

Sjuksköterskor beskrev att relationen till patienten och de närstående är avgörande för symtomlindringen (Crump, 2019; Stokes et al., 2019). Närvaro och aktivt lyssnande säkerställde att ingen dog i sin ensamhet, sjuksköterskorna möjliggjorde för närstående att besöka patienten dygnet runt. Det ansågs lika betydelsefullt som medicinska åtgärder. Ett respektfullt bemötande och stöd till närstående bidrog till att minska oro och ensamhet samt till att bevara patientens värdighet (Crump, 2019; Stokes et al., 2019).

Även vårdmiljön påverkade förutsättningarna för lindring (Crump, 2019; Odachi et al., 2017; Palmryd et al., 2025; Stokes et al., 2019; Xu et al., 2025). Buller och trånga utrymmen upplevdes försvåra vården men sjuksköterskor improviserade lösningar genom att skapa lugn, ta bort utrustning som inte längre var nödvändig eller använda musik och inspelade röster från närstående för att minska ångest och främja trygghet (Stokes et al., 2019; Xu et al., 2025). Sjuksköterskor beskrev att etiska överväganden präglade sjuksköterskornas erfarenheter av vården i livets slutskede. Det innebar att avstå eller avsluta behandlingar som upplevdes som plågsamma för att undvika ytterligare lidande men också att i dialog med patient och närstående ibland prioritera riskfyllda men meningsfulla åtgärder. Exempelvis som att tillåta mat trots aspirationsrisk för att respektera patientens önskemål (Odachi et al., 2017; Reid et al.,2024; Stokes et al., 2019; Xu et al., 2025).

Kommunikation och delaktighet som grund för värdighet och trygghet

Kommunikation framträdde som en betydande förutsättning för en värdig vård i livets slutskede (Crump, 2019; Dartey et al., 2025; Odachi et al., 2017; Osei et al., 2025; Palmryd et al., 2025; Reid et al., 2025; Stokes et al., 2019; Xu et al., 2025). Sjuksköterskor beskrev hur familjens närvaro möjliggjordes genom flexibla rutiner som att närstående fick vistas hos patienten dygnet runt eller turas om i skift vilket skapade trygghet och glädje för både patienten och familjen (Osei et al., 2025; Stokes et al., 2019). Delaktigheten förstärktes genom att sjuksköterskor uppmuntrade nästående att dela minnen, delta i vardagliga rutiner och fira högtider tillsammans vilket bidrog till att stärka relationer och skapa meningsfulla stunder i livets slut (Osei et al., 2025; Stokes et al., 2019). När patienter inte längre kunde uttrycka sig själva lyfte sjuksköterskor betydelsen av att inhämta information från närstående för att förstå patientens liv, behov och önskemål. Genom detta kunde vården bättre anpassas efter patientens personliga bakgrund och värderingar (Crump, 2019; Odachi et al., 2017; Palmryd et al., 2025).

Kommunikationens kvalitet påverkades också av vårdmiljön (Stokes et al., 2019; Xu et al., 2025). Sjuksköterskor beskrev hur de skapade privata utrymmen för att underlätta samtal och göra vårdmiljön mer trygg vilket gav patienter och närstående möjlighet att dela de sista stunderna i en mer rofylld atmosfär (Osei et al., 2025; Stokes et al., 2019; Xu et al., 2025). Förtroendefulla relationer och närvaro framstod som avgörande (Reid et al., 2025; Stokes et al., 2019). Genom att aktivt lyssna, stötta i svåra samtal och säkerställa att familjen var informerad och delaktig i beslutsfattandet kunde sjuksköterskor minska oro och stärka känslan av trygghet. På så sätt blev kommunikationen inte endast ett praktiskt verktyg, utan en bärande del av erfarenheten av att skapa värdighet för patienter och närstående i livets slutskede (Odachi et al., 2017; Osei et al., 2025; Reid et al., 2025; Stokes et al., 2019).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi stod inför valet av en studiedesign som både skulle vara hanterbar inom ramen för ett examensarbete och samtidigt ge oss möjlighet att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede på ett meningsfullt sätt. Vi valde därför att genomföra en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats. Denna design gav oss möjlighet att samla och analysera forskning från olika länder och vårdkontexter vilket bidrog till en bredare förståelse av fenomenet. Detta vidgade underlag kan också stärka *överförbarheten* då resultatet baseras på flera vårdkontexter. Eftersom syftet var att beskriva erfarenheter ansåg vi att denna metod var mest lämplig. Det kvalitativa tillvägagångssättet bedömdes öka *trovärdigheten* eftersom det fokuserar på upplevelser snarare än bara mätbara variabler. En systematisk översikt eller kvantitativ metaanalys hade fokuserat på mätbara resultat och inte kunnat fånga de emotionella och existentiella aspekter som präglar vårdandet i livets slut (Lincoln och Gubas kriterier, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570).

En litteraturstudie bygger dock på redan publicerade data vilket innebär att vi inte kunde påverka eller fördjupa datainsamlingen genom uppföljande frågor. Det kan ses som en begränsning jämfört med en kvalitativ intervjustudie där egna data samlas in och relationen till deltagarna kan bidra till större djup. Samtidigt är styrkan att vi kunde sammanställa ett brett underlag och identifiera gemensamma mönster i sjuksköterskors erfarenheter. Denna sammanställning från flera källor ökar både *trovärdighet* och *pålitlighet* eftersom återkommande mönster kan identifieras (Polit & Beck, 2021). För att göra processen transparent och reproducerbar tillämpades Polit och Becks niostegsmodell (Polit & Beck, 2021, s. 85) för litteraturstudie vilket stärker studiens *trovärdighet* genom att i varje steg från problemformulering till analys dokumenteras. Genom tydlig dokumentation av varje steg underlättas också *verifierbarheten*, andra kan följa processen och granska våra beslut (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570).

För att stärka studiens kvalitet har vi utgått från Lincoln och Gubas fyra kriterier för trovärdighet i kvalitativ forskning: trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och verifierbarhet (Lincoln och Gubas kriterier, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570). Genom att arbeta systematiskt och beskriva varje steg i processen tydligt har vi strävat efter att skapa en transparent och pålitlig metod som bidrar till studiens kvalitet och *tillförlitlighet*.

I urvalet definierade vi tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Vi avgränsade oss till kvalitativa originalstudier publicerade 2015–2025, skrivna på engelska och med fokus på sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta vuxna patienter i livets slutskede. Tidsramen 2015–2025 valdes för att spegla aktuell forskning (Polit & Beck, 2021), studier som var äldre kände vi riskerade att spegla föråldrade vårdmodeller. Exklusionskriterierna uteslöt kvantitativa studier, studier genomförda i hemsjukvård eller särskilda boenden samt forskning som främst belyste patienters eller närståendes perspektiv. Dessa beslut stärkte relevansen men innebar samtidigt att andra värdefulla perspektiv såsom personal inom hemsjukvård inte behandlades. Vi behövde också hantera studier där urvalet inte exakt motsvarade vår målgrupp. I några fall fick vi extrahera data från studier där flera professioner ingick och endast använda den del av resultatet som avsåg sjuksköterskor vilket ökade risken för tolkningsfel och kan påverka *pålitligheten (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021)*. Urvalet omfattade studier som beskrev sjuksköterskors erfarenheter av att vårda vuxna patienter i livets slutskede på sjukhus, inklusive medicinska, onkologiska och intensivvårdsavdelningar. Valet att inkludera olika vårdnivåer motiverades av studiens syfte att belysa bredden av erfarenheter. Sjuksköterskor på intensivvårds- och onkologiska enheter är ofta mer förberedda på att möta döende patienter medan de på allmänmedicinska avdelningar möter dessa situationer mer sporadiskt. Denna variation kan först

verka ojämförbar, men vi bedömde att kontrasten ger ett värdefullt jämförande perspektiv och synliggör hur kunskap, resurser och erfarenhet påverkar vårdandet i livets slut. Samtidigt innebär urvalet en svaghet eftersom skillnader i kontext kan minska *överförbarheten* till andra vårdmiljöer.

Datainsamlingen genomfördes genom systematiska sökningar i databaserna CINAHL och PubMed. Våra testsökningar visade att kombinationen av dessa databaser gav en god täckning av omvårdnads- och medicinsk forskning. Vi formulerade sökstrategier utifrån syftet och delade upp sökorden i block; nurs* för sjuksköterskor, experiences/perceptions/attitudes/views för upplevelser, end-of-life care för vårdkontexten samt hospital/acute setting/inpatient/ward för sjukhusmiljön. Genom att kombinera fritextord och ämnesord med booleska operatorer (AND/OR) skapades en söksträng som var både bred och specifik. Trunkering användes för att fånga olika böjningsformer. Att noggrant redovisa denna sökprocess stärker *verifierbarheten* eftersom andra forskare kan reproducera våra sökningar, vi förde anteckningar om varje sökning vilket ökade transparensen och möjliggjorde att bedöma studiens *tillförlitlighet* (Polit & Beck, 2021). En utmaning var att balansera mellan att fånga så många relevanta artiklar som möjligt och samtidigt få hanterliga sökträffar. I vissa fall gav våra ursprungliga sökord väldigt få eller väldigt många träffar, vilket tvingade oss att justera söktermerna. En annan svårighet var att översätta sökstrategin mellan databaserna; CINAHL använder ett eget system för ämnesord medan PubMed bygger på MeSH-termer. Dessutom begränsades sökningen till peer-review-artiklar och fulltext, vilket höll nere antalet irrelevanta träffar. Genom att beskriva dessa justeringar ökar *trovärdigheten* och *pålitligheten*, läsaren får en inblick i hur sökstrategin utvecklades och kan följa våra beslut (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570).

Urvalet av artiklar genomfördes i flera steg. Först granskade vi titlar och exkluderade studier som uppenbart inte uppfyllde våra kriterier, till exempel forskning om munhälsa eller generell palliativ vård. Därefter läste vi abstrakt för att bedöma relevans. Vi upptäckte att många studier saknade specifikt fokus på sjuksköterskors erfarenheter eller inte rapporterade tillräckliga data för vår analys. Att tolka abstrakt var inte alltid lätt, ibland framgick först i fulltext att studier inte motsvarade kriterierna vilket ledde till att vi fick exkludera dem i ett senare skede. I slutänden gick tio artiklar vidare till kvalitetsgranskning. Här använde vi Statens beredning för medicinsk och social utvärderings mall för kvalitativa studier (SBU, 2022) och bedömde varje artikel gemensamt. Att använda en etablerad bedömningsmall ökar *trovärdighet* och *verifierbarhet* eftersom granskningen följer tydliga kriterier (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570). Detta var en styrka eftersom det gav en strukturerad bedömning av *trovärdighet*, *överförbarhet* och etiska aspekter. Samtidigt uteslöt vi inga artiklar på grund av medelhög kvalitet vilket kan påverka resultatens styrka men vi gjorde bedömningen att de fortfarande bidrog med relevanta insikter.

Dataanalysen baserades på kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Vi valde denna metod eftersom den är lämplig för att systematiskt strukturera manifest innehåll i text och för att identifiera återkommande mönster. Analysen började med att vi båda läste artiklarna flera gånger för att få en helhetsbild och därefter markerade meningsbärande enheter. Dessa kondenserades, kodades och fördes in i ett arbetsdokument i tabellform som gjorde arbetsgången synlig. Denna systematiska dokumentation bidrar till *verifierbarheten*, varje kod och kategori kan spåras tillbaka till data (Graneheim & Lundman, 2004; Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570). Ett stort värde i denna process var att vi arbetade oberoende av varandra i början vilket minskade risken för att en persons tolkningar skulle dominera. Oberoende kodning och diskussion bidrar till *pålitligheten* genom att flera perspektiv testas mot samma data. Genom diskussioner nådde vi konsensus kring koder och kategorier denna triangulering stärkte resultatens *trovärdighet*. Koderna grupperades successivt till subkategorier och kategorier och vi förankrade dem noga i data för att undvika att våra egna förförståelser styrde tolkningen (Graneheim & Lundman, 2004).

Under analysen ställdes vi inför flera svårigheter. En var att meningsenheterna ibland var av olika längd och komplexitet; att reducera och kondensera dem utan att förlora betydelse krävde noggrannhet och riskerade att vi förenklade för mycket. Dessutom kom studierna från olika kulturella kontexter, vilket innebar att vissa uttryck och vårdorganisationer inte hade direkta motsvarigheter i svenska sammanhang. Vi fick använda vår teoretiska kunskap och riktlinjer för palliativ vård för att tolka dessa inslag, men vi var medvetna om att detta kunde medföra tolkningar bortom den ursprungliga kontexten. Vid några tillfällen var nyckelresultat i artiklarna sammanflätade med andra yrkesgruppers erfarenheter, vilket gjorde det svårt att isolera sjuksköterskans perspektiv. Ett dilemma var också hur många kategorier som skulle bildas. Färre kategorier riskerade att dölja nyanser, medan fler kunde göra resultatet oöverskådligt. Vi valde att presentera två kategorier med fyra subkategorier, vilket gav en balans mellan överskådlighet och djup.

Resultatdiskussion

Denna studie är en litteraturstudie med syftet att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda och möta patienter i livets slutskede. Tio vetenskapliga artiklar har analyserats och sammanställts för att skapa en helhetsbild av det aktuella kunskapsläget. Resultatet visar att sjuksköterskor möter både hinder och möjligheter i vården där organisatoriska hinder och känslan av maktlöshet utgör återkommande utmaningar samtidigt som symtomlindring och en lyhörd kommunikation med patient och närstående bidrar till en värdig vård. I resultatdiskussionen tolkas resultatet i relation till studiens bärande begrepp värdighet och vårdrelation och relateras till tidigare forskning inom området.

Att arbeta mot organisatoriska hinder

I studiens resultat framkom att brist på personal, läkemedel och fungerande utrustning var ett organisatoriskt hinder. Personalbrist gjorde att sjuksköterskor tvingades prioritera tekniska uppgifter framför närvaro hos patienten vilket ledde till oro för att symtom inte lindrades i tid och en känsla av otillräcklighet. Även trånga och bullriga vårdmiljöer försvårade möjligheten att ge en värdig, personcentrerad vård. Denna erfarenhet beskrivs i flera olika orginalartiklar som hinder för att kunna ge en god livets slutskedevård. I en studie från Rubbai et al. (2024) lyfte sjuksköterskor fram att otillräcklig bemanning, avsaknad av rum anpassade för palliativ vård, otillräckliga resurser för närstående och en bullrig miljö var hinder som reducerade patienters autonomi och värdighet. Studien visade även att tidsbrist och tunga arbetsbelastningar gjorde att sjuksköterskor inte hann hantera symtom i tid eller vara närvarande hos patienten (Rubbai et al., 2024). I en annan studie av Shen et al. (2025) fann de liknande hinder som personalbrist, brist på fysiska resurser och vårdmiljöer som inte främjar integritet vilket överensstämmer med denna litteraturstudies resultat. Dessa faktorer gjorde att vårdrelationen (Nyström, 2019) riskerade att bli splittrad och patienters värdighet (Edlund, 2012) hotades när personal inte kunde möta grundläggande behov (Shen et al., 2025). Detta visar att bristande organisatoriska förutsättningar direkt påverkar möjligheten att upprätthålla både vårdrelation och värdighet (Hynnekleiv et al., 2023; Edlund, 2012). Enligt studiens teoretiska utgångspunkt är vårdrelationen beroende av tid, närvaro och kommunikation, resurser som krävs för att kunna se patienten som en unik individ och därmed bevara värdigheten i livets slutskede (Hynnekleiv, 2023). Yildirim et al. (2025) visade i en tvärsnittsstudie att hög arbetsbelastning och frekventa nattpass var negativt relaterade till sjuksköterskors etiska handlingskraft vilket är en viktig förutsättning för att kunna stå upp för patientens bästa. Brist på resurser påverkar således inte bara praktiska förutsättningar utan även personalens etiska handlingsförmåga (Yildirim et al., 2025). I den kvalitativa studien från Tan et al. (2025) skrivs det om utbrändhet och resiliens bland sjuksköterskor och påpekade att arbetstiden och belastningen på palliativa avdelningar var betydligt större än i andra avdelningar och att nattskift innebar kontinuerlig hantering av smärta och ångest och att de ofta tvingades arbeta övertid. Denna överbelastning resulterade i fysisk och mental trötthet samt risk för utbrändhet vilket indirekt hotar patienters värdighet genom att vårdrelationen försvagas (Tan et al., 2025). Studierna

visar att brist på resurser är ett återkommande hinder som riskerar att försvaga både vårdrelationen och värdigheten i livets slutskede (Hynnekleiv et al., 2023; Edlund, 2012). När tid, utrymme och personal inte räcker till minskar sjuksköterskans möjlighet att vara närvarande vilket gör att relationen till patient och närstående försvagas. Detta går emot det ansvar som lyfts i studiens bakgrund där hälso- och sjukvårdslagen, ICN:s etiska kod (2021) och Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning (2024) betonar värdighet och vårdrelation som centrala delar i en god omvårdnad. Att värna om människors rättigheter och skapa en vårdmiljö präglad av respekt och empati är avgörande men blir svårt att uppnå när vårdens resurser inte räcker till.

Att känna maktlöshet inom professionen

Att vårda döende personer innebär stora känslomässiga påfrestningar. I studiens resultat beskrev sjuksköterskor hur nära relationer till patienter och närstående gav mening men samtidigt ledde till sorg, skuld och emotionell stress. Osäkerhet kring behandlingsbeslut och konflikter med familjen skapade frustration, och mötet med unga eller kritiskt sjuka patienter väckte en känsla av existentiell maktlöshet. En kvalitativ studie av Crape et al. (2025) visade på flera påfrestande utmaningar hos sjuksköterskor som starkt emotionellt engagemang, svårigheter i kommunikationen med närstående, konfrontationer med lidande och död, känsla av otillräcklighet samt brist på stöd (Crape et al., 2025). Deltagarna beskrev att de ofta normaliserade eller förnekade sin egen psykiska belastning och forskarna framhöll behovet av utbildning i kommunikation, känslomässig självomsorg och strukturerat stöd (Crape et al., 2025). Liknande mönster framkom i en kvalitativ studie av Tan et al. (2025) där sjuksköterskor inom den palliativa vården löpte en signifikant högre risk för utmattning än andra vårdprofessioner eftersom de dagligen möter lidande och död. Deltagarna beskrev hur återkommande konfrontationer med gråtande närstående och brist på professionell tillhörighet ökade känslan av hopplöshet och försvårade möjligheten att känna yrkesstolthet (Tan et al., 2025). Dessa upplevelser kan kopplas till det som lyfts i bakgrunden om sjuksköterskans ansvar i livets slutskede där vården innebär både ett starkt känslomässigt engagemang och behovet av professionell distans. Utifrån begreppet vårdrelation (Hynnekleiv et al., 2023) kan sjuksköterskans engagemang ses som en viktig del för att skapa trygghet och mening för patienten men också som något som kan leda till utmattning om gränsen mellan det professionella och det personliga blir otydligt. Känslan av otillräcklighet kan förstås som ett uttryck för sjuksköterskans etiska ansvar att bevara värdighet (Edlund, 2012) både hos patienten och i sin egen yrkesprofession. Detta visar att vårdrelationen och värdighet (Hynnekleiv et al., 2023; Edlund, 2012) hänger nära ihop och att de emotionella utmaningarna är en naturlig och viktig del av sjuksköterskans arbete med patienter i livets slutskede.

En annan aspekt av att känna maktlöshet inom professionen rör relationen till familjer. Relationen till patientens familj utgör en återkommande källa till känslomässig belastning för sjuksköterskor i vården av patienter i livets slutskede. En studie av Paterson et al. (2024) visade att familjers starka känslor av sorg, oro och frustration ofta riktades mot sjuksköterskorna vilket kunde skapa konflikter och emotionell stress. Sjuksköterskorna beskrev att empati, öppenhet och god kommunikation var avgörande för att bevara förtroendet och minska spänningar, samtidigt framkom att brist på organisatoriskt stöd och utbildning i att hantera dessa svåra möten ökade känslan av ensamhet och risken för psykisk utmattning (Paterson et al., 2024). När sjuksköterskor inte ges tid för reflektion eller möjlighet till handledning försvagas deras förmåga att bearbeta känslomässigt svåra situationer (Paterson et al., 2024). Detta kan leda till att vårdrelationen (Nyström, 2019) mister sin djupare mening och att sjuksköterskan utsätts för risken för compassion fatigue (Wiklund Gustin, 2019, s. 433). En hållbar vårdrelation kräver därför strukturerat stöd i form av debriefing, reflektion mellan kollegorna och utbildning i kommunikation och emotionell självomsorg. Sådana insatser stärker den professionella identiteten och främjar ett etiskt förhållningssätt i mötet med patienter och närstående. Detta ligger i linje med lagar och professionella riktlinjer som betonar respekt, delaktighet och integritet som grund för god vård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30) och patientlagen (SFS, 2014:821) ska vården präglas av respekt för

individens värde och självbestämmande. ICN:s etiska kod (2021) betonar sjuksköterskans ansvar att värna patientens värdighet genom empati, kommunikation och närvaro. Även arbetsmiljölagen (SFS, 1977:1160) framhåller vikten av att förebygga psykisk ohälsa för att god och värdig vård ska kunna upprätthållas. Utifrån studiens bärande begrepp kan dessa emotionella utmaningar förstås som en prövning av vårdrelationens bärkraft (Nyström, 2019). Genom reflektion och stöd kan sjuksköterskan återvinna balans mellan professionellt ansvar och medmänsklig närhet.

Att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv

Att lindra lidande ur ett helhetsperspektiv framträdde i vår studie som kärnan i en värdig vård. Sjuksköterskorna beskrev hur lindringen måste omfatta både fysiska, psykiska och existentiella aspekter av patientens tillstånd. Enbart farmakologiska åtgärder som smärtlindring, sedering och kramplindring ansågs otillräckliga om de inte kombinerades med omvårdnadshandlingar som beröring, munvård, lägesändring och aktiv närvaro. När dessa insatser planerades i förväg genom individuella vårdplaner och fasta ordinationer upplevdes patienterna få en mer fridfull död samtidigt som närstående kände sig tryggare och mer delaktiga. Denna helhetssyn överensstämmer med bakgrundens beskrivning av palliativ vård, där målet är att lindra lidande och bevara livskvalitet när bot inte längre är möjlig (Socialstyrelsen, 2016). Vården ska enligt Edlund (2012) och Wiklund Gustin (2019) utgå från respekt för patientens människovärde där lindring inte enbart handlar om att minska symtom utan också om att bekräfta patientens värdighet och identitet. I bakgrunden framhålls även att vårdrelationen bygger på närvaro, empati och lyhördhet (Nyström, 2019). Dessa egenskaper återkommer i studiens resultat där sjuksköterskor betonade vikten av att våga stanna kvar hos patienten, lyssna och skapa lugn även när situationen är känslomässigt tung. I en studie av Storm et al. (2025) framkom att sjuksköterskor upplevde modet att vara närvarande vid patientens sida som avgörande för att lindra lidande och bevara värdighet. De beskrev sig själva som “medkännande vittnen” en roll där de både bar patientens smärta och gav utrymme för uttryck av känslor av (Storm et al., 2025). Denna förståelse knyter tydligt an till begreppet vårdrelation där den mänskliga närvaron och det ömsesidiga mötet utgör grunden för en värdig vård. Vidare visade en studie att samtal där patienten får berätta sin livsberättelse och skapa ett dokument till sina närstående kan minska psykisk stress och stärka upplevelsen av värdighet (Yanez et al., 2025). Sådana insatser belyser hur kommunikation och relation blir terapeutiska verktyg i vårdandet en tanke som återkommer i både bakgrundens och resultatets beskrivning av kommunikation som ett bärande element i omvårdnaden. Genom att ge patienten möjlighet att uttrycka sina tankar, minnen och rädslor kan sjuksköterskan bidra till att bevara patientens integritet och upplevelse av mening även när livet närmar sig sitt slut.

Förutsättningarna för att lindra lidande påverkas också av vårdmiljön. I en översikt av Rubbai et al. (2024) framkom att buller, brist på avskildhet och begränsade resurser för närstående försvårade möjligheten att skapa en rofylld atmosfär. Detta bekräftar vår studies resultat där sjuksköterskor beskrev hur de improviserade genom att dämpa ljud, spela lugn musik eller låta närstående röster höras i rummet för att skapa trygghet. Enligt Edlund (2012) är en värdig miljö en där människan kan vila ostört och uppleva frid. Därför kan även små praktiska handlingar som att ordna lugn och ro, förstås som etiskt betydelsefulla delar av omvårdnaden. Resultatet visar att lindring av lidande är nära förbundet med både vårdrelation och värdighet (Hynnekleiv et al., 2023; Edlund, 2012). När sjuksköterskan kombinerar medicinsk kunskap med lyhördhet, närvaro och respekt stärks patientens upplevelse av att bli sedd som en unik människa. Det är i detta möte mellan professionell kompetens och mänsklig omtanke som värdig vård i livets slutskede blir möjlig.

SLUTSATSER

Denna litteraturstudie visar att vård i livets slutskede rymmer en balansgång mellan maktlöshet och mening. Begränsade resurser i form av personal, tid, utbildning och utrustning framträder som återkommande hinder som påverkar möjligheten att ge en trygg och värdig vård. Dessa brister leder ofta till känslor av maktlöshet och otillräcklighet vilket i sin tur riskerar att öka den emotionella belastningen. Att vårda döende patienter innebär en stark känslomässig påfrestning för sjuksköterskor. De nära relationerna till patienter och närstående kan ge arbetet mening men leder också till sorg, känslomässig stress och risk för psykisk ohälsa. Oerfarna sjuksköterskor upplever ofta en större osäkerhet i dessa situationer vilket gör dem särskilt sårbara. Samtidigt framträder viktiga förutsättningar för god vård i livets slutskede. Helhetsinriktad symtomlindring, respektfull kommunikation och närvaro hos patient och närstående stärker upplevelsen av trygghet och värdighet. Att skapa rofyllda vårdmiljöer och att möjliggöra familjens delaktighet framstår som viktiga delar av sjuksköterskans uppdrag. För att sjuksköterskor ska kunna möta dessa krav behövs organisatoriska satsningar som förbättrad bemanning, tydligare riktlinjer och strukturerat stöd för personalens emotionella hälsa. Utbildningsinsatser bör också riktas mot att utveckla strategier för att hantera etiska dilemman och känslomässig belastning. Framtida vårdarbete bör följa Socialstyrelsens (2020) nationella kunskapsstöd för palliativ vård och Svensk sjuksköterskeförenings (2024) riktlinjer, där personcentrering, etiskt förhållningssätt och kommunikation betonas. För att stärka sjuksköterskors förutsättningar rekommenderas regelbunden handledning, reflektion och organisatoriskt stöd vid vård av patienter i livets slutskede. Att sjuksköterskan har en avgörande betydelse i att säkerställa en trygg, värdig och personcentrerad vård i livets slutskede är en grundläggande del av sjuksköterskans professionella ansvar. Fortsatt forskning bör belysa hur organisatoriskt stöd som handledning och strukturerad reflektion kan stärka sjuksköterskors resiliens och etiska handlingskraft när resurser är begränsade. Det behövs även studier som fördjupar förståelsen för hur sjuksköterskor själva beskriver balansen mellan professionell närhet och distans för att förebygga utmattning och samtidigt upprätthålla en värdig vårdrelation

REFERENSER

*Alanazi, N. H. (2024). Intensive Care Unit Nurses' Experiences in Caring for End-of-Life Patients in Saudi Arabia: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, *21*(7), 931. https://doi.org/10.3390/ijerph21070931

Alvariza, A., Lindqvist, O., Öhlén, J., & Rasmussen, B. (2019). Omvårdnad i livets slut. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (3:e uppl., s. 707–745). Studentlitteratur.

Baggens, C., & Sandén, I. (2019). Kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3:e uppl., s. 587–623). Studentlitteratur.

Crape, B., Akhmetniyaz, P., Akhmetova, M., Foster, F., Dauyey, K., Clementi, A., & Toleubekova, L. (2025). Behind the care: Emotional struggles, burnout, and denial in Kazakhstan's professional palliative care workforce. *BMC palliative care*, *24*(1), 161. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01798-z

*Crump, B. (2019). Patient dignity: Exploring oncology nurses' perceptions during end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 23*(3), E46–E51. https://doi.org/10.1188/19.CJON.E46-E51

*Dartey, A. F., Johnson, B. B., Klutsey, E. E., Zigah, J., Okai, B., Ahorli, R., Appati, J. A., Essiakoh, B., & Afaya, A. (2025). Experiences of intensive care unit nurses in end-of-life care at Ho Teaching Hospital, Ghana: a qualitative study. *BMC Nursing*, *24*(1), 1–10. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12912-025-03226-2

De Brasi, E. L., Giannetta, N., Ercolani, S., Gandini, E. L. M., Moranda, D., Villa, G., & Manara, D. F. (2021). Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nursing ethics*, *28*(5), 614–627. https://doi.org/10.1177/0969733020964859

Eldh, A.- C. (2019). Delaktighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3:e uppl., s. 567-584). Studentlitteratur

Etikprövningslag (SFS 2003:460). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/etikprovningslag-2003460_sfs-2003-460

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2021). *Att göra systematiska litteraturstudier* (6:e uppl., s. 109-119). Natur & Kultur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, *47*(1), 77–89. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021

Hynnekleiv, I. I., Jensen, J. K., Giske, T., Mæland, E., Lausund, H., & Heggdal, K. (2023). Patients' and nurses' experiences of caring in nursing: An integrative literature review across clinical practices. *Journal of Clinical Nursing*. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.16964

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Jakobsson Ung, E. &, Öhlén, J. (2019). Livets slutskede. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3:e uppl., s. 229–256). Studentlitteratur.

Lee, M. N., Kwon, S. H., Yu, S., Park, S. H., Kwon, S., Kim, C. H., Park, M. H., Choi, S. E., Kim, S., & Kim, S. (2024). Unveiling nurses' end-of-life care experiences: Moral distress and impacts. *Nursing ethics*, *31*(8), 1600–1615. https://doi.org/10.1177/09697330241246086

Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., Suyo-Vega, J. A., Ocupa-Cabrera, H. G., Grijalva-Salazar, R. V., & Ocupa-Meneses, G. D. D. (2025). Enhancing healthcare efficiency: The relationship between effective communication and teamwork among nurses in Peru. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, *15*(2), 59. https://doi.org/10.3390/nursrep15020059

Nyström, N. (2019). Vårdrelationer. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3:e uppl., s. 465–507). Studentlitteratur.

*Odachi, R., Tamaki, T., Ito, M., Okita, T., Kitamura, Y., & Sobue, T. (2017). Nurses' Experiences of End-of-life Care in Long-term Care Hospitals in Japan: Balancing Improving the Quality of Life and Sustaining the Lives of Patients Dying at Hospitals. *Asian Nursing Research,* 11(3), 207–215. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.anr.2017.08.004

Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Qualitative analysis of compassion fatigue and coping strategies among nurses. *International journal of nursing sciences,* 9(4), 467–480. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.007

*Osei, E. A., Aquah, A. A., Appiah, S., Nasreen, L., Oware, J., Sarpong, C., Asuboni, Z., & Omoze, H. O. (2025). Enhancing end-of-life care in Ghana: nurse strategies and practices in addressing patient needs. *BMC Palliative Care*, 24(1), 1–12. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12904-025-01706-5

*Palmryd, L., Rejnö, Å., Alvariza, A., & Godskesen, T. (2025). Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care. *Nursing Ethics,* 32(2), 424–436. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/09697330241252975

Paterson, L. A., & Maritz, J. E. (2024). Nurses' experiences of the family's role in end-of-life care. *Health SA Gesondheid*, 29, 1–10. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.4102/hsag.v29i0.2565

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.). Wolters Kluwer.

Rahm Hallberg, I. (2021). Evidensbaserad omvårdnad. I A. Willman & Å. Andersson, *Sjuksköterska: ett jobb för livet* (s. 69–85). Lund: Studentlitteratur.

Rahm Hallberg, I. (2021). Profession och professionell kompetens. I A. Willman & Å. Andersson, *Sjuksköterska: ett jobb för livet* (s. 99–113). Lund: Studentlitteratur.

*Reid, J. C., Hoad, N., Landau, L., Boyle, A., Hanmiah, R., & Cook, D. J. (2025). Enhancing end-of-life care practices on the medicine units: perspectives from nurses and families. *BMJ open quality*, *14*(1), e003024. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-003024

Regionala cancercentrum i samverkan (2023). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård*. Hämtad 21 mars 2025 från https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/vardprogram/

Robertson, S. B., Hjörleifsdóttir, E., & Sigurðardóttir, Þ. (2022). Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *36*(3), 686–698. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/scs.13025

Rubbai, Y. S., Chong, M. C., Tang, L. Y., Abdullah, K. L., Mohammad, W. T., Mohajer, S., & Namazinia, M. (2024). Barriers in providing quality end-of-life care as perceived by nurses working in critical care units: an integrative review. *BMC palliative care*, *23*(1), 217. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12904-024-01543-y

Sandman, L. (2019). Etik. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3:e uppl., s. 261–279). Studentlitteratur

Shen, Y., Xu, H., Zou, Y., & Yu, H. (2025). Barriers and facilitators to explore palliative care implementation in the ICU from tripartite perspectives: a qualitative systematic review and meta-aggregation. *BMJ open*, *15*(8), e103616. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-103616

Socialstyrelsen. (2020). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer*. https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/palliativ-vard

Socialstyrelsen. (2024). *Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-3-9007.pdf

Socialstyrelsen. (u.å.). *Patientens delaktighet*. Hämtad 15 september 2025 från https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbeta-sakert/patientens-delaktighet/

Socialstyrelsen. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Indikatorer och underlag för bedömningar*. https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/137a5f28059d41648a750814dca421e5/2016-12-12.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022). Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Hämtad 15 september från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

*Stokes, H., Vanderspank-Wright, B., Fothergill Bourbonnais, F., & Wright, D. K. (2019). Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, *53*, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.03.010

Storm, E., Bergdahl, E., Tranvåg, O., Korzhina, Y., Linnanen, C., Blomqvist, H., & Hemberg, J. (2025). Palliative nurses' experiences of alleviating suffering and preserving dignity. *Nursing Ethics*, Advance online publication. https://doi.org/10.1177/09697330251326235

*Stuart, P. (2024). Crossing Antarctica: Hospital nurses' experience of knowledge when providing palliative and end of life care. *Nurse education today*, *138*, 106214. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106214

Svensk sjuksköterskeförening. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 17 mars 2025 från https://swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202024.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Värdegrund för omvårdnad.* https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/Värdegrund%20för%20omvårdnad.pdf

Tan, F., Wu, Y., Li, N., Zhang, C., Chen, S., Huang, L., Chen, Y., Jiang, J., & Deng, Q. (2025). Job burnout and resilience among palliative care professionals in china: a qualitative study. *BMC palliative care*, *24*(1), 2. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01638-6

Teixeira Prado, R., Leite, J. L., Silva, Í. R., & Johanson da Silva, L. (2019). Communication in the Management of the Nursing Care Before the Death and Dying Process. *Texto & Contexto Enfermagem*, *28*, 1–14. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development.* Hämtad 6 september 2025 från https://sdgs.un.org/2030agenda

Wiklund Gustin, L. (2019). Lidande. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3:e uppl., s. 411–464). Studentlitteratur

World Health Organization. (2020). *Palliative care.* WHO. Hämtad 6 september 2025 från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310(20), 2191-2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

*Xu, D. D., Li, J., Ding, X. B., Ma, J., Hou, R. T., Chen, N. N., Cheng, X. L., & Hu, F. (2025). Experiences of providing end-of-life care in adult intensive care units: a qualitative study. *BMC Nursing*, *24*(1), 768. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03340-1

Yanez, R. J. V., de Freitas Corpes, E., Sixsmith, J., Carvalho Fernandes, A. F., de Souza Aquino, P., Moura Barbosa Castro, R. C., & Furtardo Jorge, H. M. (2025). *Use of dignity therapy in palliative care: A comprehensive scoping review. BMC Palliative Care, 24* (177). https://doi.org/10.1186/s12904-025-01812-4

Yildirim, D., Kocatepe, V., & Türkmenoğlu, A. (2025). Moral courage of palliative care nurses and affecting factors. *BMC palliative care*, *24*(1), 179. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01829-9

BILAGOR

BILAGA 1. Sökmatris PubMed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PUBMED 15/9–2025 S1	Nurs*	Inga	1,271,397	0	0	0	0	.
PUBMED 15/9–2025 S2	Experiences or perceptions or attitudes or views	Inga	2,723,589	0	0	0	0	.
PUBMED 15/9-2025 S3	End of life	inga	1,290,626	0	0	0	0	
PUBMED 15/9–2025 S4	Hospital OR acute setting OR inpatient OR ward	Inga	8,147,262	0	0	0	0	.
PUBMED 15/9 -2025 S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	- Full text - Publicerade mellan 2020-2025 - Peer-reviewed - Adult: 19+years - S2 – Titel and abstact – XB - S3 – Titel and abstract- XB	284	284	25*	9**	5***	#1 #5 #6 #7 #9

* 259 artiklar exkluderades då titeln handlade om palliativ vård, patient och närståendes perspektiv, patienter under 19 år, annan vårdmiljö, samt att titeln inte relaterade till studiens syfte.

** 16 artiklar exkluderades då de var kvantitativa eller att sjuksköterskans erfarenheter inte framkom tydligt.

*** 4 artiklar exkluderades då de resterande fem artiklarna bedömdes ha mest relevans och svarade tydligt på studiens syfte

BILAGA 2. Sökmatris CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 16/9–2025 S1	Nurs*	Inga	1,062,837	0	0	0	0	.
CINAHL 16/9–2025 S2	Experiences or perceptions or attitudes or views	Inga	1,032,744	0	0	0	0	.
CINAHL 16/9–2025 S3	End of life care	Inga	54,537	0				
CINAHL 16/9–2025 S4	Hospital OR acute setting OR inpatient OR ward	Inga	729,072	0	0	0	0	.
CINAHL 16/9–2025 S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	- Fulltextformat - - Engelska - - Publicerade mellan 2015–2025 - - Peer-reviewed - - All adult	167	167	25*	11**	5***	#2 #3 #4 #8 #10

* 142 artiklar exkluderades då titeln handlade om palliativ vård, patienters eller närståendes perspektiv, inkluderade deltagare under 19 år eller inte relaterade studiens syfte.
** 14 artiklar uteslöts då de baserades på kvantitativ metod eller inkluderade flera professioners perspektiv, vilket gjorde att sjuksköterskans erfarenheter inte framkom tydligt.
*** 6 artiklar exkluderades då de resterande fem artiklarna bedömdes ha mest relevans och svarade tydligt på studiens syfte.

BILAGA 3. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	**Titel**	**Syfte**	**Metod (Design, urval, datainsamling, analys)**	**Resultat**	**Kvalitet**
#1 Alanazi, Naif H.,(2024), International Journal of Environmental Research and Public Health, Saudiarabien	Intensive Care Unit Nurses' Experiences in Caring for End-of-life Patients in Saudi Arabia: A Qualitative Study.	Syftet var att utforska IVA-sjuksköterskors erfarenheter av att ge vård vid livets slutskede.	Design: Kvalitativ intervjustudie. Urval: 10 IVA-sjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Sjuksköterskorna beskrev erfarenheter av att vara utmanade men drivna, holistisk vård (psykologiskt, fysiskt, spirituellt stöd), samarbete i team samt att vårda patienter vid livets slutskede.	Medel-hög
#2 Crump, B. (2019), *Clinical Journal of Oncology Nursing*, USA	Patient Dignity: Exploring Oncology Nurses' Perceptions During End-of-Life Care	Syftet var att utforska onkologisjuksköterskors uppfattningar om vård som stödjer patienters värdighet under livets slutskede på sjukhus.	Design: Kvalitativ studie. Urval: 11 onkologisjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Studien visar att kommunikation, stöd och utbildning är centralt för att bevara patienters värdighet i livets slut, och att en teoretisk modell kan vägleda vård och utbildning för att stärka sjuksköterskors förmåga i detta arbete.	Medel-hög
#3 Dartey A., et al. (2025), BMC Nursing, Ghana	Experiences of intensive care unit nurses in end-of-life care at Ho Teaching hospital, Ghana: a qualitative study.	Syftet var att utforska sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede på en intensivvårdsavdelning vid Ho Teaching Hospital i Ghana, med fokus på att identifiera utmaningar, behov och möjliga förbättringsområden inom vården.	Design: Kvalitativ studie. Urval: 20 IVA-sjuksköterskor med minst 12 månaders erfarenhet. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Sjuksköterskor beskrev emotionell belastning sorg, stress, skuld samt hinder i form av resursbrist, arbetsbelastning och kulturella/religiösa faktorer. Behov av förbättrad kommunikation, utbildning och personalstöd framkom för att stärka vårdkvalitet och minska psykisk påfrestning.	Hög
#4 Odachi *et al.* (2017), Asian Nursing Research, Japan	Nurses' Experiences of End-of-life Care in Long-term Care Hospitals in Japan: Balancing Improving the	Syftet var att belysa vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskor tillämpar i vården av äldre patienter i livets slutskede på	Design: Kvalitativ studie. Urval: 19 sjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Sjuksköterskor strävar efter att möjliggöra en naturlig död men upplever osäkerhet och etiska dilemman, där familjens respons är	Medel-hög

	Quality of Life and Sustaining the Lives of Patients Dying at Hospitals	långvårdsavdelningar i Japan.		avgörande för hur vården värderas.	
#5 Osei, C,. *et al.* (2025), *BMC Palliative Care*, Ghana	*Enhancing end-of-life care in Ghana: nurse strategies and practices in addressing patient needs.*	Syftet var att utforska sjuksköterskors erfarenheter och strategier för att möta patienters behov i livets slutskede på sjukhus i Ghana.	Design: Kvalitativ studie. Urval: 32 registrerade sjuksköterskor från två sjukhus. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Induktiv innehållsanalys.	Studien visade att sjuksköterskor använde strategier som kommunikation med patienter och närstående, symtomlindrande insatser och integrering av kulturella samt religiösa värderingar, samtidigt som etiska dilemman och resursbrist framträdde som centrala utmaningar.	Hög
#6 Palmryd et al. (2024), Nursing Ethics, Sverige.	Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care.	Syftet var att utforska etiska utmaningar som IVA-sjuksköterskor möter i vården av patienter i livets slutskede.	Design: Kvalitativ intervjustudie. Urval: 20 IVA-sjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Sjuksköterskorna beskrev etiska utmaningar kopplade till att lindra lidande, hantera okända eller motstridiga patient- och familjeönskemål samt vård i samband med organdonation.	Hög
#7 Reid C., et al. (2025), BMJ Open Quality, Kanada.	Enhancing end-of-life care practices on the medicine units: Perspectives from nurses and families.	Syftet var att sjuksköterskors och patient-/närståenderepresentanters erfarenheter och perspektiv för att identifiera förbättringsområden vid livets slutskede på sjukhus.	Design: Kvalitativ studie. Urval: 14 sjuksköterskor, 5 patient och närståenderepresentanter. Datainsamling: Zoom, ljudinspelningar, fältstudier. Analys: Tematisk analys.	Kommunikation (bristande tydlighet och delaktighet), symtombedömning/lindring (rädsla, otydliga ordinationer), involvering av palliativa teamet (ofta sent, ibland motstånd), andlig/spirituell vård (missförstådd som enbart religiös) samt fortsatta tester/behandlingar. (upplevdes som onödiga och lidandeframkallande).	Medel-hög
#8 Stokes *et al.* (2019), *Intensive & Critical Care Nursing*, Kanada	Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study	Syftet var att utforska IVA-sjuksköterskors meningsfulla erfarenheter av att ge vård i livets slutskede och hur de bidrar till att skapa en god död för patienter och familjer.	Design: Kvalitativ studie. Urval: 6 IVA-sjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: van Manens hermeneutiska fenomenologi/metod.	IVA-sjuksköterskor upplever vård i livets slutskede som meningsfull och ser möjligheten att bidra till en god död som en central del av sitt yrke, trots organisatoriska hinder och emotionella påfrestningar.	Hög
#9 Stuart, Peter. (2024), Health &	Crossing Antarctica: Hospital nurses' experience of	Syftet var att utforska sjukhussjuksköterskors erfarenheter och kunskap	Design: Kvalitativ studie. Urval: 10 sjuksköterskor.	*Kunskap och osäkerhet* (känsla av att vara oförberedd, bristande utbildning, oförutsägbar vård) samt	Medel-hög

Social Care in the Community, Storbritannien	knowledge when providing palliative and end-of-life care.	om palliativvård och vård vid livets slutskede, samt hur denna kunskap används och upplevs i den akuta sjukhusmiljön	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	*Kunskap och empowerment* (när kunskap kunde omsättas i lugn och god vård, men begränsades av hierarkier och organisatoriska hinder).	
#10 Xu D.,et al. (2025), BMC Nursing, Kina	Experience of providing end-of-life care in adult intensive care units: a qualitative study.	Syftet var att utforska IVA-sjuksköterskors perspektiv och erfarenheter av att ge vård vid livets slutskede.	Design: kvalitativ studie. Urval: 13 IVA-sjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Colaizzis fenomenologiska analys.	Sjuksköterskor upplevde hinder i form av resursbrist, kulturella tabun kring döden och kommunikationssvårigheter, men också utvecklade strategier för känslomässig hantering, andligt stöd och resiliens i vården av patienter i livets slutskede.	Medel-hög

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre ❑ Måttliga ❑
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ❑

Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

	Ja	Nej	Oklart
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt valid och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se