



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2026-03-31

Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede

En litteraturöversikt

Intensive Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care

A literature review

Författare: Jonna Sandegren
Mattias Åberg

Handledare: Lana Zelic, fil. mag. och adjunkt

Examinerande lärare: Nina Gårevik, lektor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Omvårdnad i livets slutskede är en vanlig uppgift på en intensivvårdsavdelning. Sjuksköterskor behöver anpassa sig från en livräddande insats till att vårda patienten i livets slutskede. De ställs då inför en komplex uppgift med att värna om patientens värdighet och möjliggöra en fridfull död i en tekniskt avancerad vårdmiljö.

Syfte: Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad av vuxna patienter i livets slutskede på intensivvårdsavdelning.

Metod: Studien utfördes som en allmän litteraturstudie med en kvalitativ design baserad på nio vetenskapliga originalartiklar. Dataanalysen utgick ifrån en reflexiv tematisk analys enligt Braun och Clarke.

Resultat: Två teman identifierades: upplevda utmaningar för en värdig och personcentrerad omvårdnad samt emotionella upplevelser och utmaningar. Dessa omfattade fyra subteman: vårdmiljön som en utmaning i omvårdnaden, utmaningar i kommunikationen och i den andliga omvårdnaden, upplevda emotioner vid omvårdnaden i livets slutskede samt upplevelsen av etisk stress.

Slutsatser: Intensivvårdssjuksköterskor upplevde omvårdnaden i livets slutskede som både emotionellt belastande och meningsfull. Hinder identifierades i form av vårdmiljö, kommunikativa svårigheter och kulturella skillnader. Resultaten indikerar ett behov av fortsatt forskning, utbildning och organisatoriska förbättringar för att stödja omvårdnaden i livets slutskede på intensivvårdsavdelningar.

Nyckelord: erfarenheter, intensivvård, intensivvårdssjuksköterskor, livets slutskede

ABSTRACT

Background: End-of-life care is a common responsibility in intensive care units. Intensive care nurses must navigate the transition from life-saving interventions to providing care for patients at the end of life. They face the complex task of preserving patients' dignity and facilitating a peaceful death within a technologically advanced care environment.

Aim: To describe intensive care nurses' experiences of caring for adult patients at the end of life in the intensive care unit.

Method: The study was conducted as a general literature review with a qualitative design, based on nine scientific original articles. Data analysis was conducted using a reflexive thematic analysis according to Braun and Clarke.

Results: Two themes emerged: perceived challenges in providing dignified and person-centred care and emotional experiences and challenges. Four subthemes were identified: the care environment as a challenge in nursing care, challenges in communication and in spiritual care, experienced emotions in end-of-life care, and the experience of ethical stress.

Conclusion: Intensive care nurses experienced end-of-life care as both emotionally demanding and meaningful. Barriers were identified related to the care environment, communication difficulties, and cultural differences. The findings indicate a need for further research, education and organizational improvements to support end-of-life care in intensive care units.

Key words: end-of-life care, experiences, intensive care, intensive care nurses.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
BAKGRUND.....	2
Intensivvård ur ett globalt perspektiv	2
Intensivvård i Sverige	2
Patient- och närståendeperspektiv på IVA.....	2
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar.....	3
Definition av "i livets slutskede"	4
Omvårdnad i livets slutskede	4
Bärande begrepp	5
Problemformulering.....	6
SYFTE.....	7
METOD.....	8
Design	8
Urval	9
Datainsamling	10
Kvalitetsanalys.....	10
Dataanalys.....	11
Etiska aspekter	12
RESULTAT	14
Upplevda utmaningar för en värdig och personcentrerad omvårdnad.....	14
Vårdmiljön som en utmaning för omvårdnaden.....	14
Utmaningar i kommunikationen och i den andliga omvårdnaden.....	15
Emotionella upplevelser och utmaningar.....	16
Upplevda emotioner vid omvårdnaden i livets slutskede	16
Upplevelsen av etisk stress.....	16
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	20
Upplevda utmaningar för en värdig och personcentrerad omvårdnad	20
Emotionella upplevelser och utmaningar	21
SLUTSATSER.....	23
AI-DEKLARATION.....	24

REFERENSER	25
BILAGOR.....	1
Bilaga I. SBU:s granskningsmall.....	1
Bilaga II. Artikelmatris	2
Bilaga III. Sökmatrix CINAHL.....	8
Bilaga IV. Sökmatrix PubMed.....	9

INTRODUKTION

På intensivvårdsavdelningar [IVA] vårdas de mest kritiskt sjuka patienterna och dödligheten är generellt högre än på andra vårdavdelningar på sjukhus. Patienter kan avlida både plötsligt och mer förutsägbart, exempelvis när livsuppehållande åtgärder avslutas eftersom de inte längre bedöms vara till gagn för patienten (Kesecioglu et al., 2024, s. 1741). Intensivvårdssjuksköterskor är centrala i denna process och deltar i allt från livräddande insatser till omvårdnad och emotionellt stöd när patienten närmar sig livets slut. En av författarna har erfarenhet från kliniskt arbete av dessa situationer och har observerat att både patienter, närstående och sjuksköterskor kan hantera dem på olika sätt, samt att omvårdnaden kräver nära samspel och god kommunikation mellan alla inblandade. Att vården i livets slutskede blir så god som möjligt är avgörande för patientens rätt till en fridfull död, för närståendes möjligheter att hantera situationen och för sjuksköterskans professionella ansvar. Det finns även ett samhällsperspektiv, då god omvårdnad kan bidra till minskad ohälsa och potentiellt minska kostnader. Mot denna bakgrund är det viktigt att studera intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede på IVA, för att bidra till förbättrad vårdpraxis och stöd till både patienter och närstående.

BAKGRUND

Intensivvård ur ett globalt perspektiv

Många dödsfall globalt inträffar i sjukhusmiljö och en betydande andel av dessa sker inom intensivvården (Ay et al., 2020). Detta understryker det stora behovet av kvalificerad vård i livets slutskede. Behovet är i linje med Förenta nationerna [FN] (United Nations, u.å.) mål 3 om god hälsa och välbefinnande, som betonar vikten av tillgång till säkra och effektiva vård för alla.

Benbenishty et al. (2024) betonar intensivvårdssjuksköterskors centrala roll i vården av patienter i livets slutskede på IVA. Dessa sjuksköterskor tillbringar mycket tid vid patientens sida och ansvarar både för omvårdnad och för att ge emotionellt stöd till patienter och deras närstående. Trots deras betydelse visar studien, som omfattar data från 199 IVA i 36 länder, att sjuksköterskors deltagande i beslut om att begränsa eller avsluta livsuppehållande behandling varierar avsevärt mellan olika regioner. Resultaten indikerar att sjuksköterskor i vissa områden, såsom norra Europa och Australien, ofta är aktivt involverade i dessa beslut, medan deras roll i andra regioner är mer begränsad eller ibland helt försummad. Denna variation kan innebära att viktiga aspekter av patientens och närståendes behov och önskemål, som sjuksköterskor ofta har särskild kännedom om, riskerar att förbises i beslutsprocessen. Studien framhåller särskilt kommunikationssvårigheter och kulturella skillnader inom vårdteam som centrala faktorer bakom dessa skillnader. Det finns betydande variationer och utmaningar gällande intensivvårdssjuksköterskors arbetsförutsättningar globalt, vilket kan utgöra hinder för att säkerställa god omvårdnad i livets slutskede (Benbenishty et al., 2024).

Intensivvård i Sverige

Intensivvård utgör en specialiserad vårdnivå för patienter med akut eller förvärrad organsvikt och omfattar både avancerad övervakning och behandling som stödjer eller ersätter organfunktion. IVA fungerar som resurs för hela sjukhuset, med kapacitet att tillhandahålla avancerad medicinsk behandling och övervakning som inte kan ges på lägre vårdnivåer, så som övervakning via artärkateter och understödd andning via respirator. De sjuksköterskor som arbetar på IVA är specialistutbildade inom intensivvård (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård [SFAI], 2024).

Vårdtiden på IVA varierar beroende på sjukdomens allvarlighetsgrad och patientens tillstånd, från några timmar till flera veckor (SIR, 2026a). Under år 2025 avled 3106 personer på IVA i Sverige, vilket tydligt illustrerar den livshotande karaktären hos de tillstånd som behandlas på denna vårdnivå (SIR, 2026b).

Patient- och närståendeperspektiv på IVA

I en studie av Olsen et al. (2017) beskrivs att patienter som vårdas på IVA befinner sig i en situation präglad av stor sårbarhet. Studien visar även att den högteknologiska vårdmiljön, tillsammans med sedering och kritisk sjukdom, kan bidra till förvirring, hallucinationer och svårigheter att skilja mellan verklighet och fantasi. Patienter kan därför uppleva intensivvårdstiden som fragmenterad och överklig, vilket i sin tur kan förstärka känslor av maktlöshet och förlust av kontroll. I denna sårbara situation uppstår ett starkt beroende av vårdpersonalen för att tillgodose både fysiska och emotionella behov. Kommunikationssvårigheter är vanligt förekommande, särskilt vid respiratorbehandling, vilket kan bidra till frustration, otrygghet och en känsla av isolering. Samtidigt har sjuksköterskans närvaro en avgörande betydelse för patientens upplevelse av trygghet och värdighet. Ett respektfullt bemötande, kontinuitet i vården och förmågan att uppmärksamma patientens behov kan bidra till att minska lidande och skapa en känsla av säkerhet i en annars utsatt situation (Olsen et al., 2017).

När en patient på IVA går från att vårdas i botande syfte till att gå in i vård i livets slutskede så ökar även behovet av stöd till familj och närstående från det att beskedet om att livsuppehållande åtgärder kommer att avbrytas. Tidigare forskning om vård i livets slutskede på IVA visar att närståendes övergripande upplevelser ofta är positiva, särskilt i relation till vårdpersonalens engagemang och möjligheten att vara närvarande under patientens sista tid i livet (Lovell et al., 2023; Paré et al., 2021). I en studie av Lovell et al. (2023) beskrev närstående en hög grad av tillfredsställelse med den vård som gavs, vilket bland annat relaterades till ett respektfullt och empatiskt bemötande från vårdpersonalen samt tillgången till att få ta avsked. Samtidigt identifierades ett tydligt behov av tidigare och tydligare kommunikation om att patientens tillstånd var livshotande och att döden var nära förestående. När informationen upplevdes som otillräcklig eller fördröjd skapades osäkerhet och otrygghet hos närstående, särskilt innan ett formellt familjemöte med ansvarig läkare ägde rum (Lovell et al., 2023). Liknande resultat framkommer i Paré et al. (2021) studie, där närstående i hög grad hade svårt att förstå den medicinska information som gavs på IVA. Endast en av fem deltagare kunde redogöra för patientens sjukdomstillstånd, vilket indikerar att kommunikationen ofta inte är tillräckligt anpassad till närståendes behov och förkunskaper (Paré et al., 2021). Sammantaget visar dessa studier att även om vården i livets slutskede ofta upplevs som engagerad och stödjande, kan bristande och otydlig kommunikation bli ett centralt problem som kan påverka närståendes möjlighet att känna trygghet och delaktighet i vården.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Omvårdnadens professionella grund vilar på en helhetssyn på människan där både fysiska, psykiska och sociala behov beaktas. Denna ansats kan spåras till Florence Nightingale (1820–1910), en central gestalt i utvecklingen av den moderna sjuksköterskeprofessionen. Hon formulerade tidiga professionella normer för omvårdnad i verket *Notes on Nursing: What it is and what it is not* (Nightingale, 1859). Hon framhöll att sjuksköterskans primära uppgift är att främja hälsa och stödja återhämtning snarare än att enbart behandla sjukdom, vilket etablerade en patientcentrerad förståelse av omvårdnad som fortfarande präglar professionens kärna. Denna helhetssyn har haft avgörande betydelse för hur sjuksköterskans ansvar har utvecklats i både klinisk praktik och etisk reglering (Björkman et al., 2019). I nutida omvårdnad tydliggörs detta ansvar genom International Council of Nurses [ICN] (2021) etiska kod, där sjuksköterskans uppdrag innefattar att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och verka för en värdig död. Omvårdnad ska utövas med respekt för mänskliga rättigheter och utan diskriminering, samtidigt som sjuksköterskan förväntas agera med etisk medvetenhet och reflektion. En etiskt grundad omvårdnad innebär därmed att vården inte begränsas till medicinska interventioner, utan även omfattar patientens och de närståendes behov av delaktighet, trygghet och värdighet (ICN, 2021).

I en svensk kontext bär legitimerade sjuksköterskor det övergripande ansvaret för att planera, genomföra och utvärdera omvårdnadsinsatser i nära samverkan med patienten, med målet att främja hälsa och möjliggöra ett så självständigt liv som möjligt (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Detta ansvar förutsätter både hög klinisk kompetens och ett etiskt förankrat förhållningssätt där integritet och värdighet prioriteras. Brister i omvårdnadskompetens har visats kunna leda till vårdskador, ökad dödlighet och försämrad vårdkvalitet, vilket understryker omvårdnadens centrala roll i hälso- och sjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Omvårdnadens praktiska genomförande struktureras ofta genom omvårdnadsprocessen, vilken enligt Florin (2019) utgör en systematisk och evidensbaserad modell för att anpassa vården efter patientens individuella behov. Processen möjliggör kontinuerlig bedömning, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnadsåtgärder, vilket är särskilt betydelsefullt i komplexa och snabbt föränderliga vårdssituationer såsom intensivvård. I livets slutskede innebär detta att vårdens mål

successivt behöver omformuleras från bot och stabilisering till lindring, trygghet och värdighet, i enlighet med patientens aktuella tillstånd och önskemål.

Inom intensivvård har sjuksköterskans roll i livets slutskede beskrivits som särskilt krävande, då vården behöver integrera avancerad medicinsk behandling med lindrande och existentiellt stödjande omvårdnad. Kisorio och Langley (2016) visar att intensivvårdssjuksköterskor betonar betydelsen av att kunna genomföra symtomlindrande åtgärder samtidigt som de är närvarande för att möta patientens och de närståendes psykiska och andliga behov. Detta belyser att omvårdnad i livets slutskede på IVA inte enbart handlar om att hantera fysiologiska förändringar, utan också om att skapa trygghet, mening och värdighet i en ytterst sårbar situation.

Definition av "i livets slutskede"

Vård i livets slutskede är ett begrepp som ofta används tillsammans med, eller ibland som synonym till, palliativ vård. Trots den nära kopplingen representerar vård i livets slutskede en särskild fas med specifika mål och fokusområden. Denna fas kännetecknas av att vårdens huvudsakliga syfte är att lindra lidande, skapa trygghet och upprätthålla patientens värdighet under livets sista period. En klar distinktion mellan begreppen är därför viktig för att skapa en korrekt förståelse av vårdens syfte och innehåll. (Nacak & Erden, 2022).

Begreppet palliativ är ett paraplybegrepp. Palliativ vård kan pågå under en längre tid, ibland flera år och utgör ett övergripande vårdförhållningssätt som syftar till att hos patienter med obotlig sjukdom tillgodose fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Vård i livets slutskede kan däremot förstås som den mest intensiva och målinriktade fasen av den palliativa vården, där fokus har förskjutits från livsförlängande behandling till att stödja patienten och de närstående under den avslutande livsfasen (Nacak & Erden, 2022; Socialstyrelsen, 2025).

På IVA kan patienter avlida plötsligt till följd av akut sjukdom eller trauma, utan att någon övergång till planerad vård i livets slutskede hinner ske. Detta innebär att livets slutskede inte alltid följer en förutbestämd längre vårdplan, vilket ställer särskilda krav på sjuksköterskors omvårdnadsinsatser och etiska ställningstaganden. När livsuppehållande åtgärder avslutas på IVA sker dödsfallet ofta inom kort tid, i de flesta fall inom två dygn (Ay et al., 2020). Alla patienter som befinner sig i livets slutskede har behov av stöd och lindring, men det är inte alla som får det i tid. Samtidigt erhåller inte alla patienter som får palliativ vård automatiskt vård i livets slutskede (Pan et al., 2023).

Omvårdnad i livets slutskede

När högteknologisk vård på IVA inte längre kan hjälpa patienten till ett värdigt liv, inleds i stället vård i livets slutskede. Enligt riktlinjer bör denna övergång föregås av beslut om att avbryta livsuppehållande behandling eller avstå från behandling som skulle kunna förlänga livet. I dessa situationer inleds i stället palliativ vård i livets slutskede, med fokus på lindring och komfort, där målet inte längre är livsförlängning (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2023; SFAI, 2024).

Sjukdomsförloppet på IVA kan vara snabbt och oförutsägbart, vilket ställer höga krav på kontinuerlig kommunikation inom vårdteamet och korrekt informationsöverföring till både patient och närstående. De närstående ska ges möjlighet att delta, ställa frågor, bearbeta informationen och känna stöd under processen (SFAI, 2024). Enligt Paré et al. (2021) tillgodogör sig dock inte alltid anhöriga information, vilket understryker behovet av en förbättrad kommunikation. Intensivvårdssjuksköterskor har här en central roll i både patientens och de närståendes omvårdnad.

Symtomen i livets slutskede är ofta likartade oavsett bakomliggande sjukdom och inkluderar smärta, dyspné, illamående, ångest och konfusion (Regionala cancercentrum i samverkan, 2023, s. 212). I vissa

fall kan patienten vara hjärndöd och aktuell för organdonation, eller drabbas av plötsligt hjärtstopp med dödlig utgång. När beslut fattas att avbryta livsuppehållande behandling omfattar omvårdnaden flera viktiga aspekter. Samtal med patient och närstående är grundläggande och kräver hög kommunikativ kompetens hos sjuksköterskan. Döendeprocessen bör få fortgå naturligt och omvårdnaden syftar till att ge patienten trygghet, tröst, smärtlindring och ångestlindring.

Samarbetet med läkaren är avgörande, även när livsuppehållande behandling upphör och hänsyn till närståendes behov samt kulturella skillnader är centralt (SFAI, 2024). Döendeprocessen kan variera från minuter till timmar, under vilka livsuppehållande behandling successivt avslutas och symtomlindring prioriteras (Regionala cancercentrum i samverkan, 2023).

Bärande begrepp

Vårdrelation

Berg och Lepp (2022) beskriver hur den vårdande relationen utgör en grundläggande förutsättning för att omvårdnadens mål skall kunna uppfyllas, det vill säga att främja hälsa, lindra lidande och bevara människans värdighet. Relationens kärna ligger i det ömsesidiga mötet mellan vårdare och patient, där sjuksköterskan har ett professionellt och etiskt ansvar för att möta patienten med empati, lyhördhet och respekt. Relationen präglas av en asymmetri, där patienten befinner sig i en utsatt position och sjuksköterskan har ett förpliktande ansvar att initiera och upprätthålla ett vårdande förhållningssätt (Kasén, 2002, refererad i Berg & Lepp, 2022).

Vårdrelationen utvecklas i det konkreta mötet, där patientens berättelse tas emot och vårdaren låter sig beröras av den. Även korta möten kan skapa förutsättningar för en vårdrelation, men de kräver fokus på aktivt lyssnande och bekräftelse. Förutom professionellt engagemang bidrar sjuksköterskans intuition, reflektion och emotionella närvaro till att vården upplevs som meningsfull och trygg (Berg & Lepp, 2022). Halldórsdóttir (1991, refererad i Björck & Sandman, 2007) betonar att mötets kvalitet och patientens sårbarhet avgör om relationen blir vårdande eller icke-vårdande, vilket i sin tur påverkar patientens hälsa och välbefinnande. Det är denna process som enligt Berg och Lepp (2022) utgör grunden för personcentrerad omvårdnad.

Miljö

Ranheim (2022) beskriver miljö som ett mångdimensionellt fenomen som påverkar människors hälsa och välbefinnande. I ett vårdvetenskapligt sammanhang ses miljön inte enbart som den fysiska omgivningen, utan snarare som ett nätverk av relationer där varje människa har sin unika plats. Miljön består av både yttre och inre dimensioner, vilka tillsammans formar hur livet upplevs. Vidare förklarar hon att själva ordet miljö har sitt ursprung i franskans milieu, som betyder "mitt" eller "plats", vilket pekar på hur varje människa är placerad i och formad av sitt sammanhang.

Miljön utgör därmed inte enbart bakgrunden till människans liv, utan är också något som påverkar och påverkas av individens erfarenheter, relationer och handlingar (Ranheim, 2022). I linje med detta betonas inom hälso- och omvårdnadsgeografin att plats inte enbart är en geografisk position, utan något som skapas genom mänsklig närvaro, handling och mening. Vård och plats står i ett ömsesidigt förhållande där vårdandet påverkar hur en plats upplevs, samtidigt som platsens strukturer, värderingar och maktförhållanden påverkar hur vård ges och erfars (Andrews, 2003). I ett vårdande perspektiv blir detta särskilt relevant då det innebär att människans livssituation, snarare än enbart symptom eller diagnoser, måste beaktas i mötet med vården (Ranheim, 2022).

Problemformulering

IVA är en högteknologisk och medicinskt avancerad vårdmiljö där fokus främst ligger på livräddande behandling, övervakning och stabilisering av vitala funktioner. Samtidigt avlider en betydande andel patienter på IVA, ofta efter beslut om att begränsa eller avsluta livsuppehållande behandling. Övergången från livsuppehållande behandling till vård i livets slutskede sker ofta under ett begränsat tidsintervall, vilket kan bidra till en komplex och intensiv omvårdnadssituation. I denna situation förväntas intensivvårdssjuksköterskor bära en central roll. Sjuksköterskor ansvarar för den kontinuerliga omvårdnaden, följer patientens tillstånd och döendeprocess och värnar om en värdig och fridfull död. Samtidigt stödjer sjuksköterskor de närstående och hanterar kulturella skillnader, behov och önskemål. Närstående kan uppleva osäkerhet och bristande förståelse i samband med denna vård, vilket ställer krav på sjuksköterskors förmåga att kommunicera, skapa trygghet och ge stöd.

Utifrån detta framträder en bild av en för sjuksköterskor krävande arbetssituation och för patienten en utsatt situation i sin sista stund i livet. Mot bakgrund av detta kan författarna se ett behov av att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede på IVA, då dessa är centrala för vårdkvaliteten, bevarandet av patientens värdighet, närståendes upplevelse och för ett effektivt samarbete inom vårdteamet.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad av vuxna patienter i livets slutskede på IVA.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie med en kvalitativ och induktiv ansats. Valet av denna design motiverades med ambitionen att systematiskt sammanställa och beskriva befintlig forskning inom det aktuella ämnesområdet. Enligt Polit och Beck (2021, s. 82) syftar litteraturöversikter till att integrera och kritiskt granska tidigare forskning för att ge en fördjupad förståelse av ett fenomen samt en överblick över rådande kunskapsläge.

Kvalitativ forskning kännetecknas av insamling och analys av narrativa data, såsom intervjuer, dagböcker och observationer, vilket möjliggör en djupare förståelse av individers upplevelser, tolkningar och känslor. Vidare betonar Polit och Beck att kvalitativ analys syftar till att identifiera mönster och teman för att tolka den underliggande meningen i ett studerat fenomen (Polit & Beck, 2021, s. 55). Då syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede på IVA, valdes en kvalitativ metod för att möjliggöra en djupare förståelse av dessa erfarenheter.

Den induktiva ansatsen innebär att analysen baseras på data snarare än förutbestämda teorier eller kategorier (Polit & Beck, 2021, s. 535). Kodning och tematisering genomfördes genom identifiering av dataextrakt och återkommande mönster i materialet vilket möjliggjorde att resultat kunde växa fram ur det empiriska underlaget.

Arbetet genomfördes på ett systematiskt och transparent sätt i enlighet med Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell för litteraturöversikter. Modellen utgör en strukturerad process för att formulera forskningsfrågor, utarbeta sökstrategier, genomföra datainsamling, samt analysera och syntetisera resultat till en sammanhängande vetenskaplig framställning. De nio stegen illustreras i **Figur 1**.



Figur 1. Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell tolkad av författarna.

I enlighet med det **steg ett** formulerades studiens syfte och problemformulering, vilka inledningsvis utvecklades utifrån ett gemensamt intresse och diskussion mellan författarna.

Urval

I enlighet med **steg två** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell valdes relevanta databaser och en sökstrategi utarbetades genom identifiering av sökord samt fastställande av inklusions- och exklusionskriterier. De artiklar som identifierades genom databassökningarna granskades initialt på titel- och abstraktnivå och därefter i fulltext för att säkerställa relevans. Endast vetenskapligt granskade originalartiklar som behandlade intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad av vuxna patienter i livets slutskede inkluderades i litteraturöversikten. Detta systematiska urvalsförfarande syftade till att säkerställa att det analyserade materialet var både relevant och av tillräcklig vetenskaplig kvalitet för att besvara studiens syfte. Tydligt definierade inklusions- och exklusionskriterier är enligt Polit och Beck (2021, s. 85) en förutsättning för att en litteraturöversikt ska vara reproducerbar och av hög kvalitet.

De databaser som valdes för litteratursökningarna var Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och Medical Literature On-Line [MEDLINE] via PubMed, eftersom dessa huvudsakligen innehåller medicinskt och omvårdnadsrelaterat vetenskapligt material och är centrala inom omvårdnads- och intensivvårdsforskning (Forsberg & Wengström, 2020, s. 64–65; Polit & Beck, 2021, s. 90–93).

Inklusionskriterierna fastställdes med utgångspunkt i studiens syfte, vilket var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad av vuxna patienter i livets slutskede. Endast vetenskapligt granskade originalartiklar publicerade mellan 2021 och 2026 inkluderades, i enlighet med Polit och Becks (2021, s. 85) rekommendation att litteraturöversikter bör baseras på den mest aktuella forskningen.

Samtliga artiklar var peer-reviewed, vilket utgör en central kvalitetsindikator eftersom granskningen utförs av oberoende forskare och bidrar till att identifiera metodologiska brister samt otillräcklig redovisning av data och analys (Polit & Beck, 2021, s. 577). Då PubMed saknar ett särskilt sökfilter för peer-reviewed-artiklar genomfördes en manuell kontroll av varje artikel för att säkerställa att detta kriterium var uppfyllt. Endast artiklar publicerade på engelska inkluderades, för att minska risken för feltolkning, med hänsyn till att författarna behärskade detta språk.

Studier med kvalitativ design samt studier med mixed methods inkluderades. För de två mixed methods-studierna som inkluderades, kvalitetsgranskades, analyserades och rapporterades endast den kvalitativa delen av artiklarna. Endast resultaten av den kvalitativa delen användes i studien, eftersom denna ansågs mest relevant för att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter.

Endast studier som genomförts inom intensivvårdsverksamhet och som avsåg vård av vuxna patienter i livets slutskede inkluderades. Studier som fokuserade på barn och ungdomar exkluderades, då studien avgränsades till vuxna patienter. Studier som specifikt behandlade vård under COVID-19-pandemin exkluderades även, då dessa förhållanden bedömdes vara exceptionella och därmed kunna påverka överförbarheten av resultaten till en standardiserad intensivvårdsmiljö.

Samtliga inkluderade artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2022), se **Bilaga I**. Granskningen omfattade bland annat studiernas teoretiska och filosofiska utgångspunkter, urval och datainsamling, analysmetoder samt forskarnas kompetens och oberoende. Endast studier som bedömdes ha obetydlig till mindre risk för bias inkluderades i litteraturöversikten, för att säkerställa att resultaten baserades på ett tillförlitligt och vetenskapligt hållbart underlag.

Datainsamling

I enlighet med Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell identifierades sökord i **steg två** och litteratursökningarna genomfördes därefter i **steg tre**. Sökningarna utfördes i databaserna CINAHL och PubMed, vilka är centrala inom omvårdnads- respektive medicinsk och intensivvårdsrelaterad forskning. CINAHL omfattar ett brett urval av engelskspråkiga omvårdnadspublicationer, medan PubMed ger tillgång till ett omfattande spektrum av medicinska, omvårdnads- och hälsovetenskapliga tidskrifter (Polit & Beck, 2021, s. 90–94). För respektive databas upprättades en strukturerad sökmatris (se **Bilaga III och IV**).

Utgångspunkten för identifieringen av sökord var studiens syfte: att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede på IVA. Syftet konkretiserades i fyra centrala begrepp: vårdkontext (intensivvård), vårdssituation (livets slutskede), profession (intensivvårdssjuksköterska) samt upplevelsedimension (erfarenheter). Relevanta ämnesord identifierades med stöd av Medical Subject Headings [MeSH] och kompletterades med fritextsökningar. MeSH är ett standardiserat ämnesordssystem som används för indexering av vetenskapliga artiklar och möjliggör strukturerade och systematiska litteratursökningar (Polit & Beck, 2021, s. 93). De centrala begreppen söktes därför i MeSH-databasen (Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket, u.å.) för att identifiera relevanta engelska termer och synonymer, vilka därefter användes i både PubMed och CINAHL.

För att bredda sökningarna och inkludera variationer i begreppsanvändning kombinerades synonymer inom respektive sökordsgrupp med booleska operatoren OR. Trunkering med asterisk (*) användes för att inkludera olika böjningsformer och ordändelser, vilket ökade sannolikheten för att relevanta studier identifierades (Polit & Beck, 2021, s. 89).

I CINAHL genomfördes fritextsökningar med följande termer och synonymer: ICU i kombination med intensive care och critical care; end of life i kombination med dying, terminal* och death; nurs* i kombination med critical care nurse* och ICU nurse*; samt experience* i kombination med perception*, perspective* och attitude*. Synonymer inom respektive begrepp kombinerades med OR, varefter de fyra sökordsgrupperna sammanfördes med AND. Sökningen begränsades till peer-reviewed-artiklar skrivna på engelska, publicerade mellan januari 2021 och januari 2026 samt avseende vuxna (19 år eller äldre). Sökningen genererade 155 artiklar som inkluderades i den initiala urvalsprocessen.

I PubMed identifierades motsvarande begrepp genom både MeSH-termer och fritextsökningar: end-of-life care, intensive care unit OR critical care unit, critical care nursing samt experience OR perception OR perspective. Sökorden kombinerades i enlighet med sökmatrisen (**Bilaga IV**) och begränsades till artiklar publicerade mellan januari 2021 och januari 2026, skrivna på engelska, avseende vuxna (19 år eller äldre) och tillgängliga med abstrakt. Sökningen resulterade i 66 artiklar.

I enlighet med modellens **fjärde steg** granskades därefter samtliga identifierade titlar och abstrakt med avseende på relevans i förhållande till studiens syfte och fastställda inklusionskriterier. Studier som bedömdes relevanta fördes vidare till fulltextgranskning. I **steg fem** lästes de utvalda artiklarna i sin helhet för att säkerställa att de uppfyllde inklusionskriterierna. De artiklar som efter fulltextgranskning inkluderades i studien sammanställdes slutligen i en artikelmatris i enlighet med modellens **sjätte steg** (se **Bilaga II**).

Kvalitetsanalys

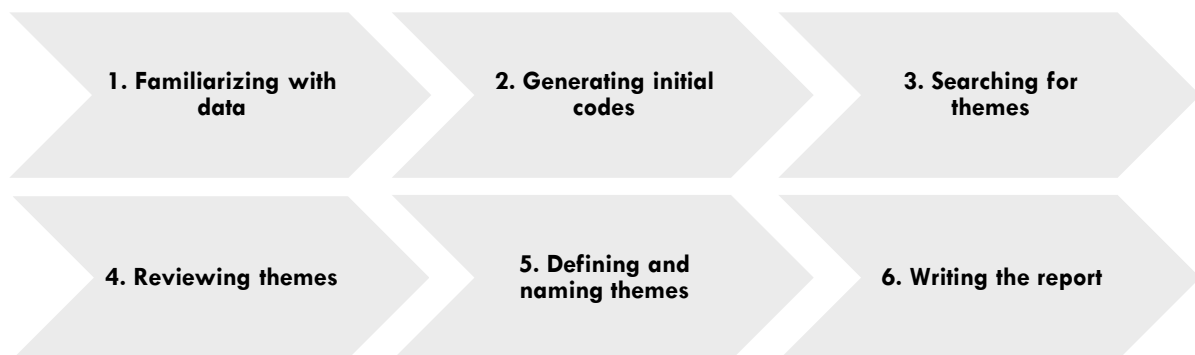
I **steg sju** kvalitetsgranskades de inkluderade artiklarna med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (2022), se **Bilaga I**. Granskningsmallen omfattar följande fem bedömningsområden: överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien, deltagare,

datainsamling, analys samt forskaren. Dessa bedömningsområden användes för att systematiskt bedöma studiernas metodologiska kvalitet, trovärdighet och risk för bias. Granskningen omfattade även forskarens roll, kompetens, relation till deltagarna samt eventuella intressekonflikter som skulle kunna påverka studiens resultat.

En samlad bedömning genomfördes därefter för varje artikel för att identifiera eventuella metodologiska brister. Endast artiklar som bedömdes ha obetydliga eller mindre metodologiska brister enligt SBU (2022) inkluderades i resultatet. Den slutliga kvalitetsbedömningen genomfördes gemensamt av författarna utifrån de ifyllda granskningsmallarna.

Dataanalys

I det **åttonde steget** genomfördes en systematisk analys av data från de nio inkluderade originalartiklarna. Analysen baserades på en induktiv reflexiv tematisk metod enligt Braun och Clarke (2020), vilken är särskilt lämpad för kvalitativa studier då den möjliggör identifiering av återkommande mönster som kan syntetiseras till övergripande teman. För att säkerställa metodologisk stringens följdes deras sexstegsmodell (2006, s. 87), vilket gav en tydlig och transparent struktur för analysprocessen, se **Figur 2**. Analysen genomfördes iterativt, vilket möjliggjorde kontinuerliga revideringar och successiv förfining av de framväxande temana. Den reflexiva ansatsen, i linje med Braun och Clarkes senare utveckling av tematisk analys (2019), betonar forskarnas aktiva engagemang och reflexiva arbete som en central del av kunskapsskapandet. Forskarnas subjektiva erfarenheter och tolkningar integreras i analysen, vilket bidrar till utvecklingen av en nyanserad och mångfacetterad representation av de identifierade temana. Detta stärker både analysens djup och trovärdighet (Braun & Clarke, 2019, s. 594).



Figur 2. Braun och Clarkes (2006, s. 87) tematiska analys i sex steg, tolkad av författarna.

Analysprocessen inleddes med att författarna bekantade sig med datamaterialet, vilket enligt Braun och Clarke (2006, s. 87) utgör det **första steget** i den tematiska analysen. Detta genomfördes genom att båda författarna initialt läste samtliga artiklar individuellt för att därefter diskutera varje artikels resultat gemensamt. Syftet var att varje författare först skulle utveckla en egen förståelse av materialet, som sedan kunde prövas och nyanseras genom ömsesidig reflektion.

I det **andra steget** genererades initiala koder utifrån utvalda dataextrakt, vilket enligt Braun och Clarke (2006, s. 88–89) är en systematisk process där koder fångar essensen av dataextrakten. Författarna markerade relevanta dataextrakt och tilldelade dem initiala koder, vilka sedan sammanställdes i en tabell i Word för att skapa översikt och underlätta den fortsatta analysprocessen.

I **steg tre** identifierades mönster mellan koderna, där koder med liknande innehåll klustrades och grupperades i potentiella teman i enlighet med Braun och Clarke (2006, s. 91). Författarna använde en visuell metod där koderna klipptes ut och numrerades utifrån ursprunglig artikel, vilket möjliggjorde en systematisk jämförelse av likheter och skillnader mellan koderna. Denna process bidrog till utvecklingen av preliminära teman. Under arbetets gång reflekterade författarna kontinuerligt över analysen i dialog med varandra, vilket bidrog till en fördjupad förståelse av dataextrakten.

Det **fjärde steget** omfattade en granskning och vidareutveckling av de framväxande temana (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Alla dataextrakt prövades mot de initiala teman för att säkerställa att de representerade ett sammanhängande mönster. Enheter som inte överensstämde med något tema oklassificerades, eller ledde till att nya teman skapades. Analysen behandlades som en helhet, där validiteten av varje tema reflekterades i relation till dataextrakten. Koder flyttades vid behov för att bättre passa in i teman som överensstämde med deras innehåll.

I det **femte steget** definierades, omformulerades och namngavs temana (Braun & Clark, 2006, s. 92). Författarna reflekterade över varje temas innehåll och aspekter, samt säkerställde att dataextrakten inom respektive tema var organiserade och konsekventa. Två teman och fyra subteman etablerades och relationen mellan dessa granskades noggrant för att skapa en sammanhängande kontext.

Det avslutande och **sjätte steget** omfattade att färdigställa temana och påbörja sammanställningen av resultatet (Braun & Clark, 2006, s. 93). Detta ledde vidare till **steg nio** i Polit och Becks (2021, s. 85) modell, där resultatet strukturerades och presenterades i en övergripande form. Ett illustrativt exempel på analysprocessen framgår av **Tabell 1**.

Tabell 1. Illustrerar exempel ur analysprocessen.

Dataextrakt	Kod	Kluster	Tema	Subtema
Participants recognized the importance of creating a peaceful environment for patients... Hyun Jung et al., 2024	Miljö	Att ge omvårdnad i komplex vårdmiljö	Upplevda utmaningar för en värdig och personcentrerad vård	Vårdmiljön som en utmaning för omvårdnaden
Nurses described the emotional difficulty of engaging with families who were not ready to accept the patient's prognosis. Korsah et al., 2026	Emotionell belastning	Emotionella utmaningar i mötet med närstående	Emotionella upplevelser och utmaningar	Upplevda emotioner vid omvårdnaden i livets slutskede

Etiska aspekter

Helsingforsdeklarationen av World Medical Association utgör en global etisk referensram för medicinsk forskning som involverar människor för att säkerställa att studiedeltagarnas hälsa och rättigheter säkerställs (World Medical Association, 2024). Etiska aspekter innefattar bland annat att artiklar som inkluderats har inhämtat skriftligt medgivande från studiedeltagarna och att alla deltagare har fått tydlig skriftlig information om studien samt att de har förstått dess innebörd. Deltagare i studier ska

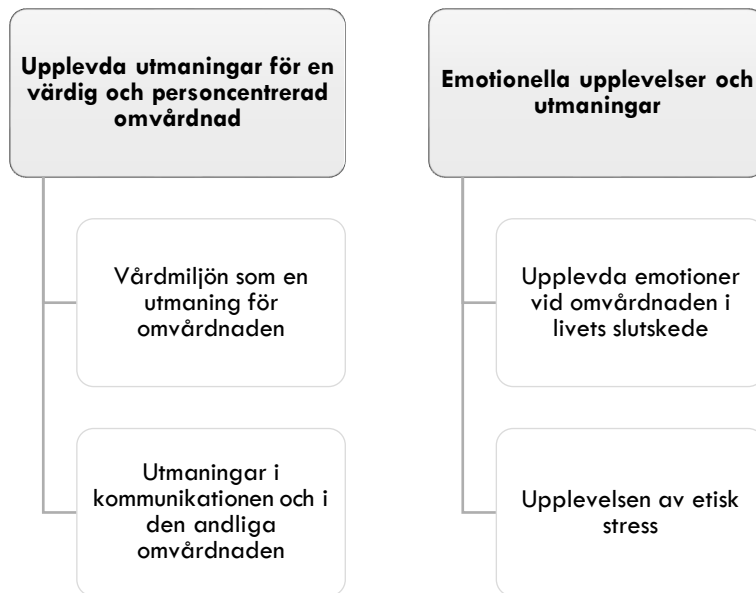
även skyddas av sekretess (Polit & Beck, 2021, s. 137–138). För att säkerställa att artiklarna i studien tar hänsyn till principerna ovan, har författarna kontrollerat att alla artiklar redovisar att etiskt godkännande inhämtats från aktuell etisk kommitté och att de i text förklarar hur de uppfyllt de etiska principerna. Det ska även framgå att alla deltagare har deltagit anonymt. Eftersom ett av inklusionskriterierna var att artiklarna är peer-review-granskade, innebär detta att studiernas vetenskapliga och etiska aspekter har genomgått en extern granskning, vilket ytterligare stärker studiens vetenskapliga kvalitet. Författarna har, i enlighet med World Medical Association (2024) och för att säkerställa transparens, redovisat inklusions- och exklusionskriterier. De har även granskat de forskningsetiska avvägningarna i artiklarna innan de inkluderades i studien.

Eftersom analysen bygger på andra forskares intervjudata och inte involverar direktkontakt med deltagare, har särskild hänsyn tagits vid tolkning och omformning av materialet för att respektera deltagarnas integritet och grundmaterialets känslighet. Författarna har varit noga med att hantera materialet etiskt och ansvarsfullt och har samtidigt varit medvetna om hur deras egen position och förförståelse kan påverka analysen. Som en del av reflexiviteten har de reflekterat över sin egen roll i forskningsprocessen, vilket bidrar till medvetna och transparenta tolkningar. Analysen har genomgående präglats av konsekvens och kopplingar mellan originalstudierna och framkomna teman har tydligt redovisats för att säkerställa att resultaten är väl förankrade i materialet.

För att ytterligare stärka studiens **tillförlitlighet** och förebygga plagiering har författarna självständigt utarbetat texten och noggrant refererat till källor enligt Röda Korsets Högskolas anpassning av American Psychological Association [APA], sjunde upplagan (Södertörns Högskola, 2021).

RESULTAT

Sammanställning av resultatet redovisas som steg nio enligt Polit & Beck (2021, s.85). Genom en reflexiv tematisk analys av de nio originalartiklar som inkluderades i studien fann vi **två** teman och **fyra** subteman som relaterade till vårt syfte att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad av vuxna patienter i livets slutskede på IVA. De nio originalartiklarnas kvalitativa datainsamling var gjord i Sverige (1), Ghana (1), Australien (1), Turkiet (2), Saudiarabien (1), Portugal (1), Sydkorea (1), Sydafrika (1). Det totala antal sjuksköterskor som deltagit i alla nio studier var 171. De teman och subteman vi skapat utifrån materialet redovisas schematiskt. Se **Figur 3**.



Figur 3. Illustrerar studiens teman och subteman.

Upplevda utmaningar för en värdig och personcentrerad omvårdnad

Detta tema belyser de utmaningar som sjuksköterskor upplevde i arbetet med att ge omvårdnad i livets slutskede på IVA med målet att ge en värdig och personcentrerad omvårdnad. Fokus ligger på de komplexa förutsättningar som påverkar vården, inklusive behovet av kommunikation och hänsyn till patientens individuella önskemål, kulturella och religiösa behov samt närståendes perspektiv.

Vårdmiljön som en utmaning för omvårdnaden

Miljön på IVA framträdde som ett hinder i arbetet med att skapa en personcentrerad, fridfull och värdig död. IVA beskrevs som en tekniskt avancerad vårdmiljö med hög ljudnivå och begränsade möjligheter till avskildhet, vilket enligt sjuksköterskorna kunde försvåra omvårdnaden av döende patienter. För att hantera dessa utmaningar beskrev sjuksköterskorna att de använde olika omvårdnadsåtgärder i syfte att skapa lugn kring patienten. Exempelvis upplevdes det viktigt att dämpa stimuli i omgivningen samt anpassa miljön efter patientens önskemål. Att erbjuda musik utifrån patientens preferenser beskrevs också som en åtgärd som kunde bidra till en mer human vårdmiljö. Flexibla besökstider upplevdes som betydelsefullt för att möjliggöra närståendes närvaro och därigenom främja möjligheten till en värdig död (da Cunha et al., 2026; Hyun Jung et al., 2024; Korsah et al., 2026).

Sjuksköterskorna upplevde att det var utmanande att tillgodose grundläggande omvårdnadsbehov såsom hygien, kroppslig integritet och fysisk komfort i en intensivvårdsmiljö där patienten ofta är svårt sjuk och omgiven av teknisk utrustning. Deltagarna framhöll att lindring av lidande innefattade mer än

enbart adekvat smärtlindring och att arbetet med att hjälpa patienten att känna sig ren och bekväm kunde bidra till lugn inför döden. Detta sågs som en viktig del i arbetet med att lindra lidande i livets slutskede (Mese et al., 2025). Sjuksköterskorna framhöll även betydelsen av att avsluta icke nödvändiga livsuppehållande behandlingar i tid för att förhindra onödigt lidande, samtidigt som de betonade att arbetet med att skapa en lugn och värdig miljö ofta krävde att balansera tekniska vårdkrav med patientens behov av integritet och ro. De beskrev hur omvårdnad i den högteknologiska miljön på IVA, med dess öppna och ofta opersonliga utrymmen kunde göra det svårt att tillgodose patientens individuella behov, vilket ställde krav på deras yrkesmässiga omdöme och närvaro (da Cunha et al., 2026; Hyun Jung et al., 2024; Korsah et al., 2026; Sahin et al., 2026). En annan faktor som beskrevs som ett hinder för en välfungerande omvårdnad var personalbrist, vilket ledde till både övertid och utmattning samt till praktiska svårigheter i vårdarbetet (Dartey et al., 2025; Mese et al., 2025).

Adekvat symtomlindring beskrevs som en förutsättning för att patienten skulle kunna vara mottaglig för psykologiskt, existentiellt och andligt stöd. När smärta och andra fysiska symptom var välkontrollerade upplevde sjuksköterskorna att patienten var mottaglig för stöd, vilket gjorde det möjligt för dem att utöva sitt omvårdnadsansvar på ett professionellt och meningsfullt sätt (Mese et al., 2025).

Utmaningar i kommunikationen och i den andliga omvårdnaden

Kommunikation framträdde som en central del av sjuksköterskornas erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede och det efterfrågades bättre kommunikation mellan personal och patient eller närstående (Dartey et al., 2025). På IVA var patienter ofta medvetlösa till följd av sjukdom eller sedering, vilket försvårade direkt kommunikation. Detta skapade osäkerhet kring patientens önskemål och preferenser, något som påverkade omvårdnadsbeslut och vårdplanering (Palmryd et al., 2025). I situationer där patienter kunde kommunicera beskrevs språkliga barriärer och begränsad tillgång till tolk som faktorer som kunde försvåra möjligheten att säkerställa en fungerande kommunikation (O'Neill et al., 2025).

Sjuksköterskorna beskrev även svårigheter att fullt ut förstå patienters och närståendes perspektiv, särskilt när kulturella skillnader och individuella värderingar påverkade synen på död, information och beslutsfattande (Korsah et al., 2026; O'Neill et al., 2025). Kunskap om patienters religiösa och kulturella preferenser framhölls som betydelsefull för att kunna ge personcentrerad och individuellt anpassad omvårdnad (Hyun Jung et al., 2024).

Sjuksköterskorna betonade också vikten av att involvera närstående i vårdrelaterade beslut, både för att skapa tillit och för att förbereda familjen inför den kommande förlusten. De rapporterade att detta kunde vara känslomässigt krävande och kommunikativt utmanande, då det ofta innebar att möta starka känslor och existentiella frågor hos både patient och familj (da Cunha et al., 2026). En mindre bra relation mellan sjuksköterskan och de närstående kunde försvåra kommunikationen avsevärt (Korsah et al., 2026).

Den andliga omvårdnaden framträdde som en central dimension i arbetet med att främja värdighet i livets slutskede. Sjuksköterskorna beskrev hur andliga och religiösa behov utgjorde en integrerad del av personcentrerad omvårdnad, där deras uppgift ofta innebar att möjliggöra religiösa uttryck och stödja familjens delaktighet i vården (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Hyun Jung et al., 2024; Mese et al., 2025; O'Neill et al., 2025). Religiös och andlig praktik lyftes fram som särskilt betydelsefull, eftersom sjuksköterskorna aktivt möjliggjorde för patienter och närstående att utöva sina ritualer och uttryck för tro. Samtidigt kunde detta innebära både kommunikativa och praktiska utmaningar, exempelvis när ritualer eller medförda föremål påverkade den medicinska vården. I sådana situationer behövde sjuksköterskorna balansera respekt för patientens och familjens behov med sitt yrkesmässiga ansvar och säkerställa att vården genomfördes på ett korrekt och tryggt sätt (Dartey et al., 2025; Mese et al., 2025).

Emotionella upplevelser och utmaningar

Detta tema redovisar de emotionella dimensioner som intensivvårdssjuksköterskan erfar i omvårdnaden i livets slutskede. Döden och den allra sista tiden innan, är till sin natur fylld av känslor för patienten, närstående men även för sjuksköterskan som interagerar med alla inblandade. Resultatet belyser även etisk stress som en utmanade del av denna komplexa vårdssituation.

Upplevda emotioner vid omvårdnaden i livets slutskede

Sjuksköterskorna beskrev en stark ambition att ge bästa möjliga vård till sina patienter, samtidigt som omvårdnad i livets slutskede upplevdes som emotionellt krävande (Alanazi, 2024; Dartey et al., 2025; Korsah et al., 2026; O'Neill et al., 2025; Sahin et al., 2026). De rapporterade en rad känslor, inklusive nedstämdhet, stress, ångest, rädsla, frustration samt upplevelser av skuld och misslyckande (Dartey et al., 2025; Korsah et al., 2026; Sahin et al., 2026). Den emotionella belastningen kopplades ofta till att bevittna patienters lidande och död, samt till känslor av maktlöshet inför att inte kunna bota patienten. Övergången från livsuppehållande behandling till symtomlindring och omvårdnad i livets slut upplevdes särskilt svår, och speciellt när en nära relation etablerats mellan sjuksköterskan och patienten (Dartey et al., 2025; Korsah et al., 2026).

Mötet med närstående framstod som en ytterligare emotionell utmaning. Sjuksköterskorna beskrev situationer där familjen hade svårt att acceptera patientens prognos eller befann sig i förnekelse inför den förestående döden, vilket gjorde det känslomässigt krävande att samtidigt tillgodose patientens behov och ge stöd till närstående (Korsah et al., 2026). Utmaningen förstärktes när familjens förväntningar på vården upplevdes som orealistiska eller stod i konflikt med den behandling som gavs, vilket krävde att sjuksköterskorna balanserade sitt professionella ansvar med känslomässigt stöd och anpassning till familjens behov (Dartey et al., 2025).

Brist på organisatoriskt stöd upplevdes som belastande (da Cunha et al., 2025). Möjligheter till strukturerad debriefing eller emotionellt stöd från kollegor, rapporterades som faktorer som kunde förstärka den emotionella belastningen. I vissa fall relaterade intensivvårdssjuksköterskor bristen på emotionellt stöd till risken för utbrändhet (Korsah et al., 2026).

Samtidigt upplevde flera sjuksköterskor att omvårdnaden inte enbart var belastande. De rapporterade också känslor av mening och yrkesmässig stolthet när de kunde bidra till en värdig och fridfull död (O'Neill et al., 2025). Vissa beskrev även upplevelser av andlig uppfyllelse och inre stillhet när patienten fick avsluta livet på ett lugnt och värdigt sätt (Sahin et al., 2026).

Upplevelsen av etisk stress

Etisk stress uppkommer när sjuksköterskor känner att de inte kan handla i enlighet med sina professionella och etiska värderingar på grund av externa hinder. Sjuksköterskor beskrev att omvårdnad i livets slutskede ofta innebar etiska överväganden och komplexa beslutssituationer som bidrog till upplevelser av etisk stress i arbetet (Dartey et al., 2025; Korsah et al., 2025; Palmryd et al., 2025).

En situation som beskrevs som särskilt belastande var när sjuksköterskor inte varit delaktiga i beslutet att avsluta livsuppehållande behandling, men ändå förväntades kommunicera beslutet till patient och närstående. Detta skapade en etisk spänning då sjuksköterskorna upplevde en konflikt mellan att genomföra läkarens beslut och samtidigt hantera patientens eller de närståendes reaktioner (Korsah et al., 2025). Administrering av smärtlindrande läkemedel kunde också innebära etiska dilemman. Sjuksköterskor beskrev en balansgång mellan att ge tillräcklig symtomlindring och samtidigt undvika doser som potentiellt kunde påskynda dödsförloppet. Situationen kunde ytterligare försvåras när närstående ifrågasatte den givna smärtlindringen och efterfrågade högre doser än vad

sjuksköterskorna bedömde som lämpligt (Palmryd et al., 2025). Etiska dilemman uppstod även när närstående önskade undanhålla information från patienten i syfte att skydda denne från vetskapen om den förestående döden. Sjuksköterskor upplevde detta som problematiskt då de samtidigt hade ett professionellt ansvar att värna patientens rätt till information och delaktighet i vården (Palmryd et al., 2025). Brist på material, utrustning och personal var också en källa till etisk stress. Prioriteringar hur resurserna ska användas leder till etiska frågeställningar kring var och när och för vem de gör störst nytta (Dartey et al., 2025).

Omvårdnad av patienter som var potentiella organdonatorer beskrevs som särskilt komplex. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter i att vårda patienten och samtidigt stödja närstående i en situation präglad av sorg, osäkerhet och med många frågor kring död och beslut om donation. De beskrev även behovet av att balansera organbevarande insatser med respekt för patientens värdighet, vilket upplevdes kunna skapa etiska utmaningar i deras yrkesutövning. En ytterligare försvårande faktor var bristande erfarenhet hos sjuksköterskan av rutiner kring organ donation (Palmryd et al., 2025).

DISKUSSION

Metoddiskussion

I denna litteraturöversikt har författarna kontinuerligt reflekterat över metodologiska val och deras betydelse för studiens kvalitet och tillförlitlighet. Vetenskaplig stringens avser studiens noggrannhet, systematik och trovärdighet, vilket säkerställer att resultaten är välgrundade och transparenta. För att värdera studiens vetenskapliga stringens har Lincoln och Gubas kvalitetskriterier för kvalitativ forskning tillämpats. Dessa omfattar **trovärdighet** (credibility), **överförbarhet** (transferability), **pålitlighet** (dependability) och **bekräftelsebarhet** (confirmability) (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570). Kriterierna erbjuder en etablerad ram för att kritiskt granska kvalitativ forskning och bedöma studiens tillförlitlighet och vetenskapliga kvalitet.

Trovärdighet avser i vilken utsträckning studiens resultat speglar det studerade fenomenet och deltagarnas erfarenheter på ett korrekt och sanningsenligt sätt (Polit & Beck, 2021, s. 569). Valet av en allmän litteraturöversikt med kvalitativ och induktiv ansats är en styrka. Metoden möjliggör en systematisk sammanställning och syntes av tidigare forskning, vilket skapar en fördjupad förståelse av intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede. Kvalitativ forskning syftar till att tolka individers subjektiva erfarenheter och är därför särskilt lämpad för att besvara studiens syfte (Polit & Beck, 2021, s. 471).

Studien genomfördes i enlighet med Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, vilket bidrog till en strukturerad och transparent forskningsprocess. Datainsamling och analys genomfördes iterativt, vilket möjliggjorde en fördjupad och reflexiv bearbetning av materialet. Analysen utfördes enligt Braun och Clarkes tematiska analys (2006, s. 87), vilken bygger på ett tolkande och reflexivt förhållningssätt där forskarna aktivt deltar i kunskapsskapandet. Teman förstås inom denna metod inte som objektivt existerande i materialet, utan som resultat av en analytisk och reflexiv process där forskarnas engagemang, tolkningar och teoretiska utgångspunkter bidrar till analysens utveckling (Braun & Clarke, 2019, s. 594).

Användningen av databaserna CINAHL och PubMed stärkte studiens **trovärdighet**, då dessa innehåller omfattande och vetenskapligt granskad forskning inom omvårdnad och medicin (Polit & Beck, 2021, s. 90–94). Samtidigt kan begränsningen till två databaser ha påverkat urvalet, då relevanta studier publicerade i andra databaser kan ha exkluderats. MeSH-termer, fritextsökningar, trunkering och

booleska operatörer användes för att säkerställa en systematisk identifiering av relevanta artiklar (Polit & Beck, 2021, s. 89, 93).

Samtliga inkluderade artiklar var peer-reviewed och kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (2022). Den systematiska tillämpningen av granskningsmallen bidrog till en strukturerad bedömning av studiernas metodologiska kvalitet, vilket stärkte litteraturöversiktens **trovärdighet** genom att säkerställa att resultaten baserades på studier med tillräcklig vetenskaplig kvalitet.

Överförbarhet avser i vilken utsträckning resultaten kan tillämpas i andra kontexter eller populationer (Polit & Beck, 2021, s. 570). Genom tydligt definierade inklusions- och exklusionskriterier, med fokus på intensivvårdssjuksköterskor och vuxna patienter i livets slutskede, skapades ett specifikt och relevant urval i relation till studiens syfte. Detta kan bidra till att stärka resultatens överförbarhet till liknande IVA-kontexter.

I skapandet av teman har författarna förhållit sig till **intern homogenitet** utifrån dataextrakt samt **extern heterogenitet** inom och mellan teman enligt Braun och Clarke (2006, s. 91). Intern homogenitet innebär att det som inkluderats i ett tema innefattar liknande erfarenheter. I denna process har författarna varit medvetna om risken att en hög grad av intern homogenitet kan ge en förenklad bild av komplexiteten, samt vikten av att synliggöra variationer i uppkomna mönster för en rättvis förståelse av materialet. Detta synliggörs exempelvis i temat **emotionella upplevelser och utmaningar** , där även positiva emotionella erfarenheter inkluderades. Författarna har även eftersträvat extern heterogenitet genom att tydligt åtskilja de två teman som framkommit i materialet. Samtidigt har de varit medvetna om att de komplexa erfarenheter som deltagarna beskriver kan överlappa varandra, vilket kan innebära att teman och subteman delvis går in i varandra.

Begränsningen till engelskspråkiga artiklar kan ha påverkat vilka perspektiv som inkluderades, då forskning publicerad på andra språk exkluderades. Detta metodval gjordes för att säkerställa en korrekt och nyanserad tolkning av studiernas innehåll. Exkluderingen av studier relaterade till COVID-19-pandemin motiverades av ambitionen att undersöka erfarenheter under mer generella vårdförhållanden, då pandemin innebar särskilda och exceptionella omständigheter. Begränsningen till artiklar publicerade mellan 2021 och 2026 bidrog till att säkerställa aktuell forskning, men kan samtidigt ha inneburit att tidigare relevanta studier exkluderades. För att säkerställa en transparent och etiskt försvarbar urvalsprocess har författarna redovisat sökresultatet i bifogade bilagor, där urvalsprocessen beskrivs i detalj och där det framgår vilka artiklar som exkluderats och på vilka grunder.

Författarna valde att inkludera två mixed methods-studier eftersom de innehöll relevanta kvalitativa data som uppfyllde inklusionskriterierna. Att helt exkludera dessa studier hade inneburit att viktiga kvalitativa insikter gått förlorade, vilket skulle ha begränsat materialets mångfald och djup. Endast den kvalitativa delen analyserades, eftersom dessa data var relevanta för studiens syfte, medan de kvantitativa delarna inte bidrog till analysen. Genom att inkludera de kvalitativa delarna kunde materialets rikedom bevaras och analysen genomföras på ett konsekvent och jämförbart sätt. Dessa urvalsval diskuterades kontinuerligt mellan författarna för att säkerställa transparens och medvetenhet om hur inkluderingen påverkar tolkningen av teman och därmed stärka studiens **trovärdighet** .

Eftersom studien bygger på forskning från olika geografiska och kulturella kontexter kan variationer i vårdorganisation, resurser och kulturella perspektiv påverka hur resultaten kan förstås och tillämpas i andra sammanhang. Det begränsade antalet inkluderade resultatartiklar medför en viss begränsning i möjligheten att analysera dessa geografiska skillnader, vilket påverkar **överförbarheten** . Samtidigt kan den geografiska spridningen bidra till en bredare global överförbarhet. Även om variationer i

vårdstruktur, resurser, kultur och religion kan minska överförbarheten till nordiska förhållanden, har ämnet en grundläggande existentiell karaktär. Detta kan öka överförbarheten avseende intensivvårdssjuksköterskors emotionella upplevelser och erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede. Det faktum att majoriteten av deltagarna i studierna var kvinnor kan ha inneburit att ett manligt perspektiv varit underrepresenterat, vilket kan ha påverkat studiens **överförbarhet** i det avseendet.

Pålitlighet avser forskningsprocessens transparens och systematik (Polit & Beck, 2021, s. 570). Forskningsprocessen beskrivs tydligt genom redovisning av sökstrategi, urval, kvalitetsgranskning och analysprocess, vilket möjliggör insyn i hur resultaten har utvecklats. Användningen av Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell bidrog till en strukturerad forskningsprocess.

Analysen genomfördes enligt Braun och Clarkes reflexiva tematiska analys (2006, s. 87), en flexibel och systematisk metod för att identifiera, analysera och beskriva teman i kvalitativa data. Analysen genomfördes iterativt genom flera steg, där materialet lästes upprepade gånger, initiala koder genererades och utvecklades till teman genom en reflexiv och tolkande process. Den iterativa processen möjliggjorde en successiv fördjupning av analysen och bidrog till en sammanhängande temastruktur.

Bekräftelsebarhet avser i vilken utsträckning resultaten är grundade i det analyserade materialet och hur forskarnas tolkningar kan följas och förstås (Polit & Beck, 2021, s. 570). Författarna eftersträvade transparens genom att tydligt beskriva analysprocessen och hur teman utvecklades från det analyserade materialet.

Reflexivitet utgjorde en central del av analysprocessen, där författarna kontinuerligt reflekterade över hur egna erfarenheter, förståelser och perspektiv kunde påverka tolkning, kodning och temabildning. En av författarna har tidigare arbetslivserfarenhet inom IVA, vilket potentiellt kunde påverka uppmärksamheten på vissa aspekter av materialet. För att medvetet hantera denna förståelse och säkerställa reflexivitet diskuterade författarna kontinuerligt sina tolkningar och analytiska beslut tillsammans, både personligen och via telefon. Genom att ifrågasätta varandras tolkningar och resonemang kunde subjektiva snedvridningar identifieras och minimeras.

Analysprocessen präglades av författarnas subjektivitet, vilket är en integrerad och nödvändig del av reflexiv tematisk analys och bidrar till kunskapsskapandet (Braun & Clarke, 2019, s. 594). Samtidigt strävade författarna efter transparens genom att redogöra för hur teman utvecklades från koder och hur analytiska val motiverades. Denna medvetna reflektion och kontinuerliga dialog bidrog till att stärka **trovärdigheten** och **bekräftelsebarheten**, även om subjektivitet och egna tolkningar är en del av arbetsprocessen.

Författarna har varit medvetna om sin roll som tolkande aktörer i forskningsprocessen. Analysen bygger på tolkningar av redan publicerat material, vilket innebär att det inte har varit möjligt att konsultera deltagarna i resultatstudierna. Mot denna bakgrund har författarna kontinuerligt reflekterat över och fört dialog kring hur deras egna tolkningar kan påverka framställningen av deltagarnas erfarenheter, exempelvis genom risk för övertolkning, förenkling eller snedvridning. Etiska överväganden har haft en central betydelse och författarna har strävat efter att undvika att osynliggöra perspektiv eller skapa ensidiga framställningar. Samtidigt har de beaktat sin egen maktposition som forskare i syfte att minimera etiskt problematiska representationer. Samtliga inkluderade artiklar hade erhållit etiskt godkännande och uppfyllde forskningsetiska principer enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2024), vilket stärker tillförlitligheten i det analyserade materialet. Referenser till data i resultatdelen har redovisats löpande i texten för ökad pålitlighet och transparens.

En svaghet med denna litteraturöversikt, likt möjliga brister som Polit och Beck (2021, s. 69) lyfter, är författarnas begränsade erfarenhet av att genomföra vetenskapliga studier, den begränsade tiden för arbetets genomförande samt att studien endast omfattar nio artiklar. Antalet artiklar begränsades av både tidsramen för examensarbetet och urvalskriteriet att endast inkludera artiklar publicerade under de senaste fem åren.

Sammanfattningsvis uppvisar studien flera metodologiska styrkor, inklusive en systematisk och transparent forskningsprocess, en tydligt beskriven sökstrategi, kvalitetsgranskning av inkluderade studier samt användning av reflexiv tematisk analys. Den reflexiva ansatsen och den kontinuerliga dialogen mellan författarna har bidragit till en mer medveten och nyanserad analys, där tolkningarnas subjektiva karaktär har tagits i beaktande. Etiska överväganden har haft en central roll, särskilt i hanteringen av tolkningar och representation av deltagarnas erfarenheter. Samtidigt föreligger metodologiska begränsningar relaterade till databassökning, språkbegränsningar, tidsperiod samt författarnas begränsade erfarenhet och studiens tidsram, vilka kan ha påverkat studiens resultat och överförbarhet. Trots dessa begränsningar bedöms metodvalen ha varit lämpliga i relation till studiens syfte och ha möjliggjort en fördjupad förståelse av intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede.

Resultatdiskussion

Upplevda utmaningar för en värdig och personcentrerad omvårdnad

Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter visar att arbetet i livets slutskede präglas av en utmanande balansgång mellan tekniskt avancerad vård och relationellt omvårdnadsarbete. Miljön på IVA är inte anpassad för vård i livets slutskede vilket ställer krav på prioriteringar och kan begränsa möjligheten att utöva personcentrerad vård. Sjuksköterskor använder strategier och åtgärder för att anpassa miljön och skapa en lugn och värdig död, vilket innebär att de både hanterar och delvis omformar de begränsningar som miljön innebär. Detta kan förstås i ljuset av hur vårdmiljön, som Ranheim (2022) beskriver, både begränsar och möjliggör omvårdnadsarbetet genom att sjuksköterskans handlingar och relationer aktivt påverkar hur platsen upplevs och möjliggör patientens trygghet, värdighet och delaktighet. Hur miljön används och formas kan även förstås utifrån vårdrelationen, där sjuksköterskan har ett etiskt och professionellt ansvar att initiera och upprätthålla ett vårdande förhållningssätt, bekräfta patientens berättelse samt skapa trygghet och delaktighet, även i korta eller begränsade möten (Berg & Lepp, 2022).

Resultatet visar att lindra lidande inte enbart innefattar symtomlindring utan också att tillgodose grundläggande omvårdnadsbehov såsom hygien, komfort och kroppslig integritet vilket upplevdes vara en utmaning i IVA-miljö. Dessa åtgärder kan ses som konkreta uttryck för vårdrelationens kvalitet, där sjuksköterskan i sin närvaro och empatiska handling skapar en känsla av trygghet och värdighet. Detta stärks av Öcalan et al. (2025) som betonar noggrannheten i den fysiska omvårdnaden som viktig för bevarandet av patientens värdighet. Att avsluta icke nödvändiga livsuppehållande behandlingar i rätt tid bidrar ytterligare till att förhindra förlängt lidande, vilket understryker den utmanande kliniska och etiska komplexiteten i sjuksköterskans arbete. En retrospektiv studie visade att behandlingar som inte gagnade patienten i livets slutskede ofta fortsatte fram till dödsögonblicket och att brister förekom i symtomlindring utöver smärtlindring (Meesters et al., 2025) Detta indikerar att intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om vad som är centralt för patientens välbefinnande inte alltid överensstämmer med den kliniska verkligheten. I en studie som särskilt undersökte begreppet värdighet i IVA framhåller Öcalan et al. (2025) en spänning mellan sjuksköterskornas idealbild av en värdig död och de organisatoriska förutsättningar som råder i praktiken. Detta belyser hur vårdrelationen och miljön samverkar, där både fysisk och psykosocial miljö behöver utformas för att möjliggöra ett lugnt och respektfullt möte som stödjer patientens värdighet.

Ett annat hinder för omvårdnaden som upplevdes var brist på personal. Detta resultat stöds av Öcalan et al. (2025) som fann i sin studie att det största hindret till att säkra en värdig död var brist på personal. Det styrks även av Waltrovitz et al. (2025) som såg att personal och resurser är en förutsättning för att tid ska finnas för att skapa den nödvändiga kontakten med patient.

Sjuksköterskorna ansåg att stöd av patientens existentiella och andliga behov är en integrerad del av omvårdnaden i livets slutskede och att de upplever det som viktigt. Andliga och religiösa dimensioner upplevs som betydelsefulla inte bara för patienten utan även för de närstående, vilket understryker att vårdrelationen sträcker sig bortom individen till att omfatta familjen i ett brett personcentrerat perspektiv. Betydelsen av den andliga omvårdnaden framkommer i forskning som visar att intensivvårdssjuksköterskors förmåga att stödja andliga behov kan minska patienters stressnivåer och skapa en mer human vårdmiljö, även i högteknologisk IVA-kontext (Aschale et al., 2025; Xu et al., 2025). Detta går i linje med den i resultatet beskrivna viljan att värna om patientens värdighet.

De religiösa aspekterna i den andliga och existentiella omvårdnaden kunde upplevas som utmanande av sjuksköterskorna. Det gällde kommunikation med närstående, praktiska utmaningar och utmaningen med att förstå behov och ritualer. Detta stöds av resultaten i Bülow et al. (2012) som visar att patienter och familjer med stark religiositet ofta insisterar på livsförlängande behandling, även när detta strider mot vårdteamets bedömning. Här kan motsättningar uppstå där sjuksköterskan behöver både respektera familjens och patientens religiösa önskemål och samtidigt agera professionellt utifrån medicinska bedömningar för patientens bästa. Vidare upplever vissa sjuksköterskor att de omedvetet kan komma att försumma patientens rätt till religiositet när de själva inte är religiösa (Waltrovitz et al., 2025). Detta illustrerar komplexiteten i att integrera den andliga dimensionen i omvårdnaden, särskilt när vårdpraktiken och religiösa behov kan stå i konflikt. Detta belyser vikten av att skapa en vårdmiljö som är anpassad för vård i livets slutskede, även med hänsyn till religiösa aspekter, samt betydelsen av att etablera en tillitsfull vårdrelation för att främja ett gott samarbete med närstående.

Att betrakta värdighet som både en etisk och praktisk skyldighet belyser hur sjuksköterskor navigerar mellan humanistiska värderingar och organisatoriska begränsningar i omvårdnaden i livets slutskede (Öcalan et al., 2025). Balansen mellan tekniskt medicinska uppgifter och relationellt baserad vård utgör en central del av intensivvårdssjuksköterskors yrkesroll. Författarna anser att detta understryker behovet av kontinuerlig kompetensutveckling inom både symtomlindring och kommunikativa färdigheter.

Emotionella upplevelser och utmaningar

I studien framkommer att intensivvårdssjuksköterskor upplever en betydande emotionell belastning i omvårdnaden i livets slutskede, ofta kopplad till de nära relationer de utvecklar med patienterna. Denna närhet förstärkte de emotionella upplevelsorna vilket även beskrivs av Aschale et al. (2025), som beskriver att detta kan ge upphov till känslor av empati, sorg och ansvar när patienten inte längre kan räddas. Betydelsen av dessa relationer kan förstås utifrån begreppet vårdrelation, som Berg och Lepp (2022) beskriver som ett ömsesidigt möte mellan vårdare och patient. En positiv vårdrelation kan bidra till mer personcentrerad vård, men kan samtidigt göra övergången till vård i livets slutskede och död mer känslomässigt krävande för sjuksköterskan (Aschale et al., 2025). Detta anser författarna belyser den dubbla karaktären i den terapeutiska relationen, där närhet till patienten både kan utgöra en resurs i omvårdnaden och en källa till emotionell belastning för sjuksköterskan.

Resultatet visar även att mötet med närstående kan innebära särskilda emotionella utmaningar. I intensivvårdssammanhang kan dödsprocessen ofta vara oväntad eller abrupt, vilket kan göra det svårare för närstående att acceptera prognosen. När familjens förväntningar på fortsatt behandling kvarstår samtidigt som vårdteamet bedömer att livsuppehållande behandling inte längre är meningsfull, skapas en situation där sjuksköterskan behöver balansera mellan att ge stöd till närstående och samtidigt upprätthålla professionella och medicinska beslut kring vårdens riktning. Resultatet är i

linje med vad Bloomer et al. (2023) visar, där intensivvårdssjuksköterskor beskrev känslor av skuld och emotionell belastning i samband med patienters död och efterföljande postmortem-vård. I deras studie framkom att dessa känslor särskilt kunde uppstå i situationer där patientens vård övergick från kurativ behandling till organdonation. Författarna menar att denna övergång tydliggör den kontrast som kan uppstå mellan intensivvårdens livsuppehållande ambition och den realitet som följer när behandling inte längre kan rädda patienten. Samtidigt fokuserar Bloomer et al. (2023) även på sjuksköterskors erfarenheter efter dödsfallet, medan resultaten i föreliggande studie belyser den emotionella process som sker från och under övergången till vård i livets slutskede. Detta visar att den emotionella belastningen för intensivvårdssjuksköterskor sträcker sig över hela förloppet, från beslutet att avsluta livsuppehållande behandling till tiden efter patientens död då kroppen ska tas omhand.

Samtidigt framkommer i resultatet att omvårdnad i livets slutskede inte enbart upplevs som belastande, utan också kan innebära en känsla av mening, stolthet och andlig uppfyllelse. Resultaten kan tolkas som att sjuksköterskans roll i denna fas av vården förändras från att främst fokusera på livsuppehållande behandling till att möjliggöra en värdig död. Att kunna få vara den som bidrar till lindring, närvaro och stöd för både patient och närstående kan därmed skapa en känsla av yrkesmässig mening ur ett existentiellt perspektiv, trots den emotionella tyngd som situationen kan innebära.

I resultatet illustreras att sjuksköterskor upplever etisk stress i situationer där de måste balansera professionellt ansvar med patienters och närståendes behov, exempelvis vid beslut om vård, smärtlindring och stöd i situationer präglade av sorg och ovisshet. Dessa upplevelser påverkas inte bara av de konkreta etiska dilemman som uppstår i vården, utan också av relationer med kollegor, patienter och närstående. Peng et al. (2025) påvisar att sjuksköterskor med högre nivåer av utbildning i palliativ vård upplever mindre etisk stress och har en mer positiv attityd till vård i livets slutskede. Samtidigt framgår att utbildningsnivån om vård i livets slutskede på IVA ofta är måttlig, och många sjuksköterskor är inte fullt förberedda på de komplexa etiska dilemman de möter, trots praktisk erfarenhet. Författarna tolkar detta som att den emotionella belastningen kopplad till etisk stress delvis kan lindras genom riktad utbildning inom vård i livets slutskede.

Studien inkluderar artiklar från åtta olika länder med varierande vårdsystem, ekonomiska resurser, organisatoriska förutsättningar och kulturella bakgrunder. Detta kan påverka vilka utmaningar som framträder som mest centrala och kan spegla kontextbundna förutsättningar snarare än enbart universella erfarenheter, vilket behöver beaktas vid tolkning av resultaten.

Samtidigt identifierar författarna tydliga likheter i de erfarenheter som rapporteras. De framhåller att religiösa aspekter kan vara betydelsefulla även i mer sekulariserade länder, vilket kan förstås mot bakgrund av ökad globalisering och kulturell mångfald.

Temana framstår som nära sammanlänkade och kan förstås som uttryck för en grundläggande spänning i intensivvården mellan tekniskt avancerad vård, livsuppehållande behandling och en personcentrerad, värdig omvårdnad. En konsekvens av detta tycks bli det framträdande mönstret av emotionella erfarenheter som återfinns i resultaten. Detta tyder på att utmaningarna inte uppstår isolerat, utan snarare är ömsesidigt förstärkande och förankrade i både organisatoriska och existentiella dimensioner av intensivvårdssjuksköterskans arbete. Det stora fokuset på emotionella upplevelser kan därmed förstås som en återspeglning av den existentiella kontext som präglar vård i livets slutskede, där närheten till döden synliggör frågor om mening, värdighet och andliga behov.

SLUTSATSER

Denna studie visar att intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad i livets slutskede på IVA präglas av emotionella, miljörelaterade och etiska utmaningar. Omvårdnaden framträder som ett komplext och mångdimensionellt arbete i en avancerad medicinteknisk miljö där livsuppehållande behandling samexisterar med existentiellt stöd, närvaro och relationellt engagemang. Att aktivt skapa en lugn och värdig vårdmiljö utgör en central del av sjuksköterskans omvårdnadsansvar. Den vårdande relationen framträder som avgörande för att möjliggöra delaktighet, skapa mening och stödja både patient och närstående i en existentiellt utsatt situation. Samtidigt innebär omvårdnad i livets slutskede en påtaglig emotionell belastning för intensivvårdssjuksköterskor. Upplevelser av maktlöshet, sorg, etisk osäkerhet och skuld samexisterar med känslor av mening, yrkesstolthet och inre tillfredsställelse när patienten får en lugn och värdig död. Därför anser författarna att det behövs fortsatt forskning om intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och multiprofessionell utbildning inom omvårdnad i livets slutskede på IVA. Författarna betonar också behovet av förbättrade organisatoriska förutsättningar, i form av stöd och material, för att möjliggöra trygg, personcentrerad och värdig vård i livets slutskede på IVA. Detta skulle bidra till bättre psykisk hälsa hos intensivvårdssjuksköterskor, en bättre upplevelse för närstående samt en värdigare död för patienten.

AI-DEKLARATION

ChatGPT användes som ett språkligt stöd vid översättning av vissa dataextrakt från engelska till svenska. Verktöget användes enbart för att bredda och säkerställa språklig tolkning.

REFERENSER

* = Resultatartiklar

*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>

Andrews, G. J. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*, 4(3), 231–248. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1046/j.1466-769x.2003.00140.x>

Aschale, A., Gishu, T., Mengist, S. & Tsehay, M. (2025). Experiences of intensive care unit nurses in providing end-of-life care in public hospitals: a phenomenological study. *BMC Nursing*, 24(1), 1–11. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12912-025-03849-5>

Ay, E., Weigand, M. A., Röhrig, R. & Gruss, M. (2020). Dying in the Intensive Care Unit (ICU): A Retrospective Descriptive Analysis of Deaths in the ICU in a Communal Tertiary Hospital in Germany. *Anesthesiology research and practice*, 2356019. <https://doi.org/10.1155/2020/2356019>

Benbenishty, J., Ganz, F. D., Lautrette, A., Jaschinski, U., Aggarwal, A., Søreide, E., Weiss, M., Dybwik, K., Çizmecı, E. A., Ackerman, R. C. M., Estebanez-Montiel, B., Ricou, B., Robertsen, A., Sprung, C. L. & Avidan, A. (2024). Variations in reporting of nurse involvement in end-of-life practices in intensive care units worldwide (ETHICUS-2): A prospective observational study. *International journal of nursing studies*, 155, 104764. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104764>

Berg, L. & Lepp, M. (2022). Den vårdande relationen. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3. uppl., s. 377–389). Studentlitteratur.

Björkman, I., Lützn, K. & Jakobsson Ung, E. (2019). Sjuksköterskan som professionell yrkesutövare, forskare och samhällsförändrare. I A. Ehrenberg & L. Wallin (red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3. uppl., s. 25–42). Studentlitteratur.

Björck, M. & Sandman, L. (2007). Vårdrelation: Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Nordic Journal of Nursing Research*, 27(4), 6–19. <https://doi.org/10.1177/010740830702700404>

Bloomer, M. J., Ransie, K., Adams, L., Brooks, L. & Coventry, A. (2023). "Time and life is fragile": An integrative review of nurses' experiences after patient death in adult critical care. *Australian Critical Care*, 36(5), 872–888. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.aucc.2022.09.008>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Braun, V. & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

Bülow, H.-H., Sprung, C. L., Baras, M., Carmel, S., Svantesson, M., Benbenishty, J., Maia, P. A., Beishuizen, A., Cohen, S. & Nalos, D. (2012). Are religion and religiosity important to end-of-life

decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study. *Intensive Care Medicine*, 38(7), 1126–1133. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1007/s00134-012-2554-8>

*da Cunha, D. F. A., Alves, J. C. F., Marques, A. J. S., Santos, R. F. S. & da Mota, L. A. N. (2026). Palliative Care in Intensive Care Units: Nurses' Perspectives on Challenges and Strategies. *Nursing in Critical Care*, 31(1), e70240. <https://doi.org/10.1111/nicc.70240>

*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>

Florin, J. (2019). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3. uppl., s. 48–64). Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2020). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (4. uppl., s. 64–65). Natur & Kultur.

Glimelius, B. (2012). Kuration eller palliation. I P. Strang & B. Beck-Friis (red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., s. 15–22). Liber.

*Hyun Jung J., Dayeong K. & Sung Ok C. (2024). How Should Intensive Care Unit Nurses Organize End-of-life Care? A Mixed-methods Study. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 37(1), 112–122. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.7739/jkafn.2024.31.1.112>

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

Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket (u.å.) Svenska MeSH. Hämtad 10 februari från <https://mesh.kib.ki.se/>

Kesecioglu, J., Rusinova, K., Alampi, D., Arabi, Y. M., Benbenishty, J., Benoit, D., Boulanger, C., Cecconi, M., Cox, C., van Dam, M., van Dijk, D., Downar, J., Efstathiou, N., Endacott, R., Galazzi, A., van Gelder, F., Gerritsen, R. T., Girbes, A., Hawyrluck, L. & Herridge, M. (2024). European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 50(11), 1740–1766. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1007/s00134-024-07579-1>

Kisorio, L. C. & Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 33, 30–38. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.iccn.2015.11.002>

*Korsah, E. K., Schmollgruber, S. & Abukari, A. S. (2026). Caring Amid Complexity: Intensive Care Nurses' Perceptions and Experiences of End-Of-Life Care—A Qualitative Study. *Nursing in Critical Care*, 31(1), e70278. <https://doi.org/10.1111/nicc.70278>

Lovell, T., Mitchell, M., Powell, M., Tonge, A., Strube, P., O'Neill, K., Dunstan, E., Bonnin-Trickett, A., Miller, E., Suliman, A., Ownsworth, T. & Ransie, K. (2023). Dying in intensive care: An analysis of the perspectives of families and clinicians on end-of-life care. *Australian Critical Care*, 36(4), 595–603. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.aucc.2022.07.004>

*Meşe, S., Sazak, Y. & Kalaycı, M. (2025). End-of-Life Spiritual Care from the Perspective of Intensive Care Nurses in Türkiye: An Exploratory Mixed Study. *Journal of Religion & Health*, 64(5), 4088–4110. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1007/s10943-025-02401-8>

Meesters, S., Schieferdecker, A., Kaur, S., Oubaid, N., Ullrich, A., Oechsle, K., Schulz, H., Voltz, R. & Kremeike, K. (2025). Dying in hospital: a retrospective medical record analysis on care in the dying phase in intensive care units and general wards. *International Journal for Quality in Health Care*, 37(2), 1–9. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1093/intqhc/mzaf025>

Nacak, U. A. & Erden, Y. (2022). End-of-Life Care and Nurse's Roles. *Eurasian Journal of Medicine*, 54, S141–S144. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.5152/eurasianjmed.2022.22324>

Olsen, K. D., Nester, M. & Hansen, B. S. (2017). Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 43, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.008>

*O'Neill, K., Brooks, L., Manias, E. & Bloomer, M. J. (2025). Culturally appropriate and respectful end-of-life care for patients and their families in the intensive care unit: A mixed-method study. *Australian Critical Care*, 38(4), N.PAG. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.aucc.2025.101238>

*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/10.1177/09697330241252975>

Pan, H., Shi, W., Zhou, Q., Chen, G. & Pan, P. (2023). Palliative care in the intensive care unit: Not just end-of-life care. *Intensive Care Research*, 3(2), 77–82. <https://doi.org/10.1007/s44231-022-00009-0>

Paré, K., Grudziak, J., Lavin, K., Sten, M. B., Huegerich, A., Umble, K., Twer, E. & Reid, T. (2021). Family Perceptions of Palliative Care and Communication in the Surgical Intensive Care Unit. *Journal of Patient Experience*, 8. <https://doi.org/10.1177/23743735211033095>

Peng, M., Guan, Q. & Zhu, X. (2025). Moral distress, attitude toward death, and palliative care core competencies among ICU nurses: a cross-sectional study. *BMC palliative care*, 24(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01655-z>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 uppl., s. 85, 137–138). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ranheim, A. (2022). Miljö - människans plats i världen. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3. uppl., s. 267–278). Studentlitteratur.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2023). *Palliativ vård: Nationellt vårdprogram*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/nationellt-varprogram-palliativ-var.pdf>

*Şahin, M., Salik, H. & Uslu, Ö. (2026). Peaceful Dying in the Intensive Care Unit: A Qualitative Exploration of Nursing Practices and Challenges. *Nursing in Critical Care*, 31(1), e70254. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/nicc.70254>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer* (2013-6-4). <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/9c7d18f2429d46d8932aecb17f535203/2013-6-4.pdf>

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

Svenska Intensivvårdsregistret SIR. (2026a). *25 i topp – Huvudsakliga IVA-diagnoser (vårdtillfälle)*.
https://portal.icuregswe.org/utdata/sv/report/prod_diagnoser-antal

Svenska intensivvårdsregistret SIR. (2026b). *Kvalitetsindikatorer organdonation – Avlidna på IVA*.
<https://portal.icuregswe.org/avlidna/avlidna/rapport2024>

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. (2024). *Riktlinjer för svensk intensivvård*.
<https://sfai.se/wp-content/uploads/2024/04/Riktlinjer-svensk-intensivvard-2024.pdf>

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. (2024). *Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården*. <https://sfai.se/wp-content/uploads/2024/06/Behandlingsstrategi-IVA-2024.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kunskapsområdet omvårdnad*. Hämtad 2 februari 2026 från
<https://swenurse.se/kunskapsområdet-omvardnad>

Södertörns högskola (2021). Referenser enligt APA-systemet: Guide för Röda Korsets högskola och Södertörns högskola. Hämtad 10 mars 2026 från
<https://www.sh.se/appresource/4.46ffb4bf1643b6f9fb01182/12.381e53831924c4b83fa1909/download?documentId=01UQV6L7TE6C2OLFFROJHKGSGHYKGGQ7T52&documentLibrary=b!Sd1kcrT5V EWkwO4W9o1 Vwa-wTMWsXxGqWL6EvVaM-KbHzFMgn4VS7D9r9tD0Hoo&name=Referenser%20enligt%20APA-systemet.pdf>

United Nations. (u.å.). *Goal 3: Good health and well-being*. Hämtad 18 februari 2026 från
<https://sdgs.un.org/goals/goal3>

Waltrovitz, K., Conroy, T. & Feo, R. (2025). Nurses' experiences of fundamental care delivery in the intensive care unit: A qualitative systematic review. *Australian Critical Care*, 38(5), N.PAG. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.aucc.2025.101274>

World Medical Association (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. Hämtad 17 februari 2026 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

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), 1–10. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12912-025-03340-1>

Öcalan, S., Kovancı, M. S. & Bilgin, A. (2025). Experiences of intensive care nurses on dying with dignity: A qualitative study. *Nursing Ethics*. 0(0).
<https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/09697330251403146>

BILAGOR

Bilaga I. SBU:s granskningsmall

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 syftesen

Kommentarer:

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

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?

Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?

Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvariga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?

Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?

Validerades tolkningarna?

Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?

Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?

Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?

Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer:

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

Bilaga II. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Antal deltagare	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
#5 Alanazi, 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	Undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede i Saudiarabien.	10	Design: Kvalitativ deskriptiv design. Urval: Ändamålsenligt urval av legitimerade sjuksköterskor som arbetar med vård i livets slutskede på IVA. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Fyra teman detekterades: känner sig utmanad men driven, holistisk vård, arbetsetik för samarbete och värna om både de efterlevande och de döende.	Hög
#9 da Cunha et al., 2026, Nursing in Critical Care, Portugal.	Palliative Care in Intensive Care Units: Nurses' Perspectives on Challenges and Strategies	Undersöka de utmaningar och strategier som identifierats av intensivvårdssjuksköterskor vid tillhandahållande av palliativ vård på IVA.	52	Design: Kvalitativ deskriptiv design. Urval: Legitimerade intensivvårdssjuksköterskor i Portugals offentliga sjukvård med minst 6 månaders erfarenhet på IVA (bekvämlighetsurval). Datainsamling: Anonym webbenkät med två öppna frågor om	Fem huvudteman identifierades: fysisk komfort, psykisk och andlig komfort, sociokulturell komfort, miljömässig komfort och organisatoriska faktorer. De svarande lyfte specifikt hinder i omvårdnad relaterat till envishet i beslut, begränsad utbildning och organisatoriska begränsningar.	Hög

				<p>utmaningar och strategier i palliativ vård.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys (Bardin), tolkad med Kolcabas Comfort Theory.</p>		
<p>#1 Dartey et al., 2025, BMC Nursing, Ghana.</p>	<p>Experiences of intensive care unit nurses in end-of-life care at Ho Teaching Hospital, Ghana: a qualitative study</p>	<p>Undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att ge vård i livets slutskede vid Ho Teaching Hospital i Ghana, för att förstå de specifika behov och utmaningar som denna vårdinrättning står inför samt för att driva riktade förbättringar.</p>	20	<p>Design: Utforskande kvalitativ design.</p> <p>Urval: Legitimerad intensivvårdssjuksköterska på Ho Teaching Hospital som arbetat mer än 12 mån och erfarenhet av vård i livets slutskede.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerad intervju.</p> <p>Analys: Tematisk analys.</p>	<p>Tre teman identifierades: emotionell börda vid vård i livets slutskede (med två subteman), utmaningar sjuksköterskor möter vid vård i livets slutskede (med tre subteman) och förbättring av vård i livets slutskede på IVA (med fem subteman).</p>	Hög
<p>#2 Hyun Jung et al., 2024, Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing,</p>	<p>How Should Intensive Care Unit Nurses Organize End-of-life Care? A Mixed-methods Study</p>	<p>Utforska intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om vård i livets slutskede samt att identifiera strategier för att förbättra patienters välbefinnande på IVA.</p>	107 (12 för den kvalitativa delen)	<p>Design: Explorativ sekventiell mixed-methods-studie (fokusgrupper, FGI, följt av enkät).</p> <p>Urval: Intensivvårdssjuksköterskor vid ett universitetssjukhus i Korea. FGI: strategiskt</p>	<p>Fem huvudteman identifierades: stöd till patient och familj, balans mellan akut vård och palliativ vård, fysisk vård med värdighet, andligt/socialt/psykologiskt stöd, samt miljöanpassning för reflektion och kontroll i patientens sista dagar.</p>	Hög

Sydkorea.				<p>urval baserat på erfarenhet. Enkät: sjuksköterskor med minst 1 års erfarenhet av arbete på IVA.</p> <p>Datainsamling: Fas 1: fokusgruppintervjuer via Zoom. Fas 2: pappersenkät baserad på intervjuresultat.</p> <p>Analys: Fas 1: tematisk analys. Fas 2: deskriptiv analys och IPA.</p>		
#8 Korsah et al., 2026, Nursing in Critical Care, Sydafrika.	Caring Amid Complexity: Intensive Care Nurses' Perceptions and Experiences of End-Of-Life Care—A Qualitative Study	Undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av att tillhandahålla vård i livets slutskede på IVA för vuxna.	16	<p>Design: Kvalitativ, explorativ och deskriptiv design.</p> <p>Urval: Strategiskt urval. Legitimerad intensivvårdssjuksköterska med minst 5 års erfarenhet av IVA och erfarenhet av vård i livets slutskede</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p>	Fyra huvudteman identifierades: emotionell belastning hos sjuksköterskor, utmaningar i kommunikationen med familjer, fysiska miljöproblem på IVA samt känsla av maktlöshet och exkludering. Dessa faktorer bidrog till moralisk stress, emotionell utmattning och svårigheter att ge värdig vård i livets slutskede.	Hög

				Analys: Induktiv tematisk analys enligt Braun & Clarke.		
#4 Meşe et al., 2025, Journal of Religion and Health, Turkiet.	End-of-Life Spiritual Care from the Perspective of Intensive Care Nurses in Türkiye: An Exploratory Mixed Study	Undersöka intensivvårdssjuksköterskors nivåer av andlig vård, uppfattningar relaterade till döden samt erfarenheter av att ge andlig vård till patienter i livets slutskede.	111 (10 för den kvalitativa delen)	Design: Explorativ mixed-method (kvantitativ och kvalitativ) Urval: Sjuksköterskor som arbetar på IVA. Datainsamling: Enkäter och semistrukturerade intervjuer. Analys: Statistisk analys och induktiv tematisk analys.	Tre huvudteman och 16 subteman identifierades. Andliga vårdhandlingar, effekter på patienter och hinder och möjliggörare. Deltagarna rapporterade att patienter som engagerades i religiösa ritualer uppfattades som lugnare och mer följsamma till vårdplaneringen.	Hög
#6 O'Neill et al., 2025, Australian Critical Care, Australien.	Culturally appropriate and respectful end-of-life care for patients and their families in the intensive care unit: A mixed-method study	Mäta intensivvårdssjuksköterskors kulturella intelligens, bekvämlighet och förmåga att tillhandahålla vård i livets slutskede samt att undersöka de upplevda hinder som finns för att ge vård i livets slutskede till patienter med olika kulturell bakgrund och deras familjer.	89 (10 för den kvalitativa delen)	Design: Sekventiell explanatorisk design. Kvantitativa data insamlad först följt av kvalitativa data. Urval: Legitimerad sjuksköterska med minst 6 månaders erfarenhet på IVA och erfarenhet av att vårda döende patienter. Datainsamling: (Kvantitativ fas:	Deltagarna var generellt trygga i fysisk och psykosocial vård men kände sig osäkra kring kulturella, etiska och kommunikativa aspekter i vård i livets slut. Utbildning i palliativ vård ökade både trygghet, kompetens och kulturell medvetenhet. Stora hinder var brist på tolkar, svårigheter att förstå kulturella behov, tidsbrist	Hög (Kvalitativa delen av studien granskad)

				<p>onlineenkät med validerade instrument). Kvalitativ fas: semistrukturerade intervjuer via Teams.</p> <p>Analys: (Kvantitativ: deskriptiv och inferentiell statistik). Kvalitativ: induktiv innehållsanalys.</p>	och intensivvårdsmiljöns begränsningar.	
#3 Palmryd et al., 2025, Nursing Ethics, Sverige.	Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care	Undersöka de etiska utmaningar som intensivvårdssjuksköterskor möter när de vårdar patienter i livets slutskede inom intensivvårdskontext.	20	<p>Design: Kvalitativ design</p> <p>Urval: Legitimerade intensivvårdssjuksköterskor med minst 1 års erfarenhet inom intensivvård.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Induktiv tematisk analys enligt gestaltande tolkning.</p>	Tre teman identifierades: fokus på att lindra lidande, skilda eller okända önskemål, normer eller värderingar samt övervägande av kring organdonation.	Hög
#7 Şahin et al., 2026, Nursing in Critical Care,	Peaceful Dying in the Intensive Care Unit: A Qualitative Exploration of Nursing Practices and Challenges	Undersöka på djupet intensivvårdssjuksköterskors omvårdnadspraxis och erfarenheter av att stödja en fridfull död för patienter.	21	<p>Design: Kvalitativ design med fenomenologisk ansats.</p>	Tre teman identifierades: vårdpraxis, känslor och copingstrategier. Sjuksköterskorna stödde en fridfull död genom smärtlindring, fysisk	Hög

Turkiet.				<p>Urval: Sjuksköterskor med minst 2 års erfarenhet på IVA.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Tematisk innehållsanalys enligt IPA.</p>	<p>komfort, emotionellt och spirituellt stöd, respekt för patienten, kommunikation med närstående samt kulturella och religiösa behov. De upplevde både negativa känslor som sorg, rädsla och oro samt positiva känslor som inre frid och professionell tillfredsställelse. För att hantera belastningen använde de copingstrategier.</p>	
----------	--	--	--	--	---	--

Bilaga III. Sökmatrix CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 29/1–2026 S1	ICU OR "intensive care" OR "critical care"	Inga	182,578	0	0	0	0	.
CINAHL 29/1–2026 S2	"End of life" OR dying OR terminal* OR death	Titel eller abstrakt	281,461	0	0	0	0	.
CINAHL 29/1–2026 S3	Nurs* OR "critical care nurse*" OR "ICU nurse"	Titel eller abstrakt	635,714	0	0	0	0	.
CINAHL 29/1–2026 S4	Experience* OR perception* OR perspective* OR attitude*	Titel eller abstrakt	923,416	0	0	0	0	.
CINAHL 29/1–2026 S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Artiklar från senaste fem åren, Endast vuxna, Engelska, Peer-reviewed	155	155	44*	18**	4***	#1 #2 #3 #4

* 111 artiklar utslöts då det framgick i titeln att sjuksköterskors upplevelser inte behandlades, eller att studien inkluderade pediatrik.

** 26 artiklar utslöts då de ej var relevanta utifrån syfte.

*** 14 artiklar utslöts då de ej var relevanta utifrån syfte.

Bilaga IV. Sökmatrix PubMed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PubMed 29/1–2026 S1	End-of-life care	Inga	118,747	0	0	0	0	.
PubMed 29/1–2026 S2	Intensive care unit OR critical care unit	Inga	333,775	0	0	0	0	.
PubMed 29/1–2026 S3	Critical care nursing	Inga	57,017	0	0	0	0	.
PubMed 29/1–2026 S4	Experience OR perception OR perspective	Inga	2,456,172	0	0	0	0	.
PubMed 29/1–2026 S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Artiklar från senaste fem åren Vuxna 19+ års ålder, Engelska, Tillgängligt abstrakt	66	66	25*	14**	7***	#5 #6 #7 #8 #9

* 41 artiklar uteslöts då det i titeln framgick att sjuksköterskors upplevelser inte behandlades, eller att artikeln inte var relevant utifrån syftet.

** 11 artiklar behandlade minderåriga eller var ej relevanta för besvarande av syfte.

*** 6 artiklar uteslöts då de ej var relevanta utifrån syfte. En artikel uteslöts då den var en dubblett från sökningen i CINAHL.



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