JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med vuxna patienter inom palliativ vård i livets slutskede

En litteraturöversikt med kvalitativ ansats

HUVUDOMRÅDE: Omvårdnad
FÖRFATTARE: Sara Abu Dragh, Channel Björhag & Mohaddese Mahdavi
HANDLEDARE: Charlotta Wikström
JÖNKÖPING 2026, januari

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3

Abstract 4

Inledning 5

Bakgrund 5

Palliativ vård 5

Livets slutskede 6

Kommunikation 6

Sjuksköterskans kommunikation inom palliativ vård 7

Patientens perspektiv 7

Teoretisk ram för kommunikation: Travelbees omvårdnadsteori 8

Problemformulering 8

Syfte: 9

Metod 9

Design 9

Urval och datainsamling 9

Dataanalys 10

Etiska överväganden 12

Resultat 12

Figur 1. 12

Personcentrerad kommunikation 13

Närvaro och lyhördhet 13

Individuell anpassning 14

Svåra samtal i livets slut 15

Existentiella frågor 15

Önskemål och hinder 15

Kommunikationens påverkan på sjuksköterskan 16

Emotionell belastning 17

Erfarenhet, reflektion och stöd 17

Diskussion 18

Metoddiskussion 18

Resultatdiskussion 20

Slutsatser 23

Kliniska implikationer 23

Användning av AI 24

Referenslista 25

Bilaga A – Sökmatris 29

Bilaga B– Protokoll för kvalitetsbedömning 30

Bilaga C - Artikelmatris 32

Sammanfattning

Bakgrund: Kommunikation är en central del av palliativ vård och har betydelse för att uppmärksamma patientens behov, önskemål och värderingar. I livets slutskede kan kommunikationen vara utmanande eftersom samtalen kan beröra känsliga och existentiella frågor samt präglas av starka känslor. Sjuksköterskan har en central roll och ansvar i kommunikationen samt ansvar för att samordna vården för att kunna skapa trygghet utifrån patientens individuella behov. **Syfte:** Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med vuxna patienter inom palliativ vård i livets slutskede. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturöversikt med kvalitativ ansats. Litteratursökningar genomfördes i CINAHL, PubMed och kompletterades med manuella sökningar. Tolv vetenskapliga artiklar inkluderades och analyserades induktivt enligt Fribergs femstegsmodell. **Resultat:** I resultatet identifierades tre huvudkategorier och sex underkategorier. Sjuksköterskorna beskrev att närvaro, lyhördhet och individuell anpassning var betydelsefulla för kommunikationen. Tidsbrist och bristande informationsöverföring beskrevs som faktorer som försvårade kommunikationen. Samtidigt kunde kommunikationen i livets slutskede ha en känslomässig påverkan på sjuksköterskor men även bidra till personlig och professionell utveckling. **Slutsats:** Sjuksköterskans förmåga att anpassa kommunikationen efter patientens individuella behov kunde bidra till tillit genom faktorer som närvaro och lyhördhet. Detta kunde bidra till bättre förutsättningar för patientens delaktighet i sin vård genom att uttrycka sina behov och känslor.

Nyckelord: Tillit, vårdrelation, delaktighet, individanpassning, existentiella samtal

Nurses' Experiences of Communication with Adult Patients in Palliative at the End-of-Life Care

Abstract

Background: Communication is a central part of palliative care and has meaning in acknowledging the patients' needs, desires and values. Communication at the end of life can be challenging because the conversations can bring up emotional and existential questions and be characterized by strong emotions. The nurse has a central role and responsibility in communication and coordinating care to create security based on the patients' individual needs. **Aim:** The aim of the study was to describe nurses' experiences of communication with adult patients in palliative at the end of life. **Method:** The study was made as a literature review with a qualitative approach. Literature searches were conducted in CINAHL and PubMed and supplemented by manual searches. Twelve research articles were included and analyzed using Friberg's five-step model. **Results:** Three main themes and six subthemes were identified. Nurses described presence, attentiveness and individual adaptation as important aspects of communication. Lack of time and inadequate information transfer were described as factors that hindered communication. At the same time, communication at the end of life could have an emotional impact on nurses, while also contributing to personal and professional development. **Conclusion:** The nurse's ability to adapt to communication contributed to building trust through factors such as presence and attentiveness. This created better conditions for patient participation in their own care by enabling patients to express their needs and emotions.

Keywords: Trust, caring relationship, patient participation, individualized care, existential conversations

Inledning

Palliativ vård är en aktiv vård med en helhetssyn på människans behov. Den syftar till att lindra lidande och främja livskvalitet hos personer med obotliga sjukdomar i olika faser av sjukdomsförloppet. Globalt uppskattas cirka 56,8 miljoner människor årligen vara i behov av palliativ vård, varav omkring 25,7 miljoner människor befinner sig i livets slutskede. Trots detta är det endast cirka 14 procent som får tillgång till palliativ vård (World Health Organization [WHO], 2020).

Palliativ vård beskrivs utifrån de fyra hörnstenarna vilket innefattar symtomlindring, teamarbete, kommunikation och stöd till närstående. I samband med palliativ vård och i livets slutskede blir kommunikationen i denna fas särskilt viktig. Kommunikation kan vara emotionellt krävande samt avgörande för att skapa en trygg miljö, ge tydlig information och erbjuda stöd till patienten (Engel et al., 2023). Ur ett omvårdnadsperspektiv har sjuksköterskan ofta en nära kontakt med patienter under vårdförloppet. För patienter i livets slutskede som ofta har komplexa vårdbehov kan sjuksköterskans sätt att kommunicera ha en stor betydelse, både för värdighet och delaktighet (Kennedy, 2016).

Bakgrund

Palliativ vård

Palliativ vård syftar till att främja livskvalitet hos patienter med obotliga sjukdomar genom att lindra och förebygga lidande. Palliativ vård bygger på helhetsperspektiv där patientens psykiska, fysiska, sociala och existentiella behov uppmärksammas (WHO, 2020). Centralt är att vården anpassas efter patientens behov och värderingar med respekt för värdighet, integritet och autonomi (Socialstyrelsen, 2025). Palliativ vård innefattar olika faser där livets slutskede utgör den sista fasen och fokus ligger på symtomlindring och att skapa trygghet när döden närmar sig. Enligt Kavalieratos et al. (2016) är palliativa insatser associerade med förbättrad livskvalitet och minskad symtombelastning samt förbättrade utfall hos närstående.

Livets slutskede

I livets slutskede är målet med vården att minska patientens lidande, främja värdighet samt ge stöd till patienter och närstående (Regionala cancercentrum i samverkan, 2021). När vårdens inriktning övergår till palliativ vård genomförs ett brytpunktssamtal som syftar till att informera patienten och närstående som förs av läkare och eventuellt sjuksköterska. Fokus övergår från botande behandling till symtomlindring (Nacak & Erden, 2022). I livets slutskede kan symtom som smärta, trötthet, ångest och existentiell oro förekomma (Socialstyrelsen, 2025). Symtombilden kan förändras snabbt och flera symtom kan förekomma samtidigt, vilket kräver kontinuerlig bedömning (Ijaopo, 2023). Patienten kan även vara i behov av samtal om existentiella frågor (WHO, 2020). Många patienter i livets slutskede vårdas inom sjukhusens slutenvård där miljön präglas av medicinska prioriteringar, högt arbetstempo och organisatoriska strukturer. Kommunikation mellan sjuksköterska och patient blir därför betydelsefull för att uppmärksamma patientens behov och önskemål i livets slutskede (Lind et al., 2022).

Kommunikation

Kommunikation innebär att information, tankar och känslor förmedlas mellan människor genom verbala och icke-verbala uttryck och utgör en grund för relationen mellan sjuksköterska och patient. I palliativ vård får kommunikationen en särskild betydelse eftersom situationen ofta präglas av osäkerhet, sårbarhet och starka känslor hos patienter och närstående (Peerboom et al., 2023).

Kommunikation i palliativ vård är centralt för att identifiera patienters önskemål, värderingar och vårdmål. Patienter och närstående upplever kommunikationen som stödjande när den innefattar tydlighet och empati som möjliggör att uttrycka känslor och oro (Engel et al., 2023). Samtal om vårdmål, prognos och döden är emotionellt komplexa och kräver kommunikativ kompetens och lyhördhet (Parry, 2024). En individanpassad kommunikation kan bidra till minskat lidande, ökad trygghet och bristande kommunikation kan förstärka osäkerhet och oro (Ekberg et al., 2021). Utbildning i kommunikation kan stärka vårdpersonalens förmåga att hantera samtal i livets slutskede (Brighton & Bristowe, 2016). Terapeutisk kommunikation är en fördjupad form av kommunikation i vårdrelationer som bygger på ömsesidig respekt, engagemang och fokus på patientens hälsorelaterande behov (Xue & Heffernan, 2021).

Icke-verbal kommunikation omfattar kroppsspråk, tonfall eller mimik (Peerboom et al., 2023). Patienter i livets slutskede kan ha nedsatt ork, begränsad förmåga att uttrycka sig verbalt eller kognitiv påverkan. Ansiktsuttryck, kroppsspråk, tystnad och fysiologiska signaler som kan vara viktiga för att uppmärksamma patientens behov och lidande (Parry, 2024).

Sjuksköterskans kommunikation inom palliativ vård

Sjuksköterskan har en central roll inom palliativ vård med ansvar för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov. I livets slutskede är sjuksköterskans roll att bedöma och lindra symtom, skapa trygghet och ge stöd till patienter och närstående. Sjuksköterskan har en roll som kontaktperson och en roll i att ge information och stöd genom vårdförloppet (Socialstyrelsen, 2025; Melender et al., 2022). Sjuksköterskorna samordnar vården och stödjer patienter och närstående under övergången till en palliativ vård. Tidspress och resursbrist kan påverka möjligheten att arbeta personcentrerat (Kirby et al., 2014). Kommunikation i livets slutskede kan vara utmanande eftersom samtalen kan beröra känsliga ämnen såsom existentiella frågor, lidande och döden. En vårdrelation av lyhördhet, förtroende och respekt för patientens autonomi är betydelsefull i kommunikationen (Ekberg et al., 2021). Ett kurativt fokus i sjukhusmiljön kan försvåra tillämpningen av palliativa principer och bidra till otydliga vårdmål, etisk stress och osäkerhet i kommunikationen med patienter (Lind et al., 2022).

Patientens perspektiv

Ur patientens perspektiv är mötet med vårdpersonal en central del av palliativ vård. Patienter och närstående beskriver betydelsen att patienten blir sedd som en unik person och att vården anpassas efter individuella önskemål. Personlig uppmärksamhet, ärlig och tydlig information och kontinuitet kan bidra till trygghet och en känsla av kontroll för patienten (Kochems et al., 2025). Aktivt lyssnande, empati och möjligheten att vara delaktig är betydelsefullt för en trygg kommunikation. Patienter uttrycker ett behov att vara sedda, bekräftade och hörda som individer med egna värderingar och erfarenheter mer än enbart patienter med en sjukdom. Kommunikation med vårdpersonal kan uppfattas empatisk men även vid tillfällen upplevas som undvikande eller otillräcklig. Det kan leda till att patienter och närstående inte får tillräckligt stöd i att hantera sin situation, vilket kan påverka hur de upplever trygghet och delaktighet i vården negativt (Engel et al., 2023).

Teoretisk ram för kommunikation: Travelbees omvårdnadsteori

Travelbees (1971) omvårdnadsteori bygger på den mellanmänskliga relationen mellan sjuksköterska och patient. Teorin innefattar olika centrala begrepp som utgör grunden för omvårdnadsteorin. Kommunikation är enligt Travelbees teori en förutsättning för god omvårdnad. Teorin är särskilt lämpad och relevant för palliativ vård då relationen och interaktionen tydligt kopplas till sjukdomen och lidande där lidande inte endast handlar om fysisk smärta utan även psykiskt, socialt och existentiellt lidande (Parola et al., 2020). Sjuksköterskans förmåga att se varje människa som unik innebär att möta patienten utifrån patientens individuella upplevelser, kultur, symtom och förståelse av sjukdom. I palliativ vård är detta kopplat till patientens verkliga behov av individanpassad kommunikation i livets slutskede (Parola et al., 2020). Kommunikation är en process där relationen byggs och utvecklas genom tid och olika faser: det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och rapport. I dessa faser får kommunikationen betydelse, sjuksköterskan lär successivt känna patienten som person och kan skapa en relation av tillit, respekt och förståelse vilket i palliativ vård och i livets slutskede kan stödja patientens upplevelse av trygghet (Parola et al., 2020).

Problemformulering

Kommunikation är en central del i palliativ vård men sjuksköterskor kan möta svårigheter i samtal med patienter, särskilt när det berör döden, existentiella frågor och patientens önskemål. Tidsbrist, otydliga vård mål och varierande erfarenhet kan begränsa möjligheten att genomföra trygga och personcentrerade samtal. Travelbees teori betonar att kommunikationen och den mellanmänskliga relationen är central för att sjuksköterskan ska kunna förstå patientens lidande och möta personen som en unik individ. Det behövs därför en sammanställning av sjuksköterskors erfarenheter för att fördjupa kunskapen om både relationella och organisatoriska förutsättningar för kommunikationen med vuxna palliativa patienter i livets slutskede (Parola et al., 2020; Travelbee, 1971). Det finns behov av att belysa sjuksköterskors perspektiv och erfarenheter av kommunikation med patienter inom palliativ vård, särskilt i livets slutskede för att ge en större förståelse för de utmaningar och strategier som utmärker dessa situationer. En samlad litteraturöversikt kan därav bidra till en fördjupad kunskap om utmaningar och erfarenheter i dessa vårdsituationer.

Syfte:

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med vuxna patienter inom palliativ vård i livets slutskede.

Metod

Design

Arbetet genomfördes som en litteraturöversikt med kvalitativ ansats enligt Fribergs femstegsmodell (2022). Metoden bedömdes relevant utifrån studiens syfte då Fribergs modell uppfattades väl förklarade, tydliga och strukturerade vilket möjliggjorde att kartlägga, granska och analysera de inkluderade artiklarnas resultat.

En litteraturöversikt utfördes för att sammanställa tidigare forskning inom området för att skapa en översikt av befintlig kunskap som enligt Friberg (2022) är syftet till en litteraturöversikt. Friberg (2022) syftar till kvalitativa studier kan skapa förståelse för en person och dennes livssituation. En Kvalitativ ansats tillför större och fördjupad förståelse för sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter (Friberg, 2022). Motivet till en kvalitativ litteraturöversikt bedömdes lämplig och passande eftersom syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med vuxna patienter inom palliativ vård med särskilt fokus på livets slutskede.

Urval och datainsamling

Inklusionskriterier för artiklar till studien var vetenskapliga, peer-reviewed, ”10 years” filter användes för att inte få sökträffar äldre än 10 år. ”All Adult” filter på databaserna användes även för få majoriteten träffar på vuxna patienter. Artiklarna skulle undersöka sjuksköterskors erfarenheter av kommunikationen med vuxna patienter i palliativ vård och i livets slutskede. Studier med olika yrkesgrupper inkluderades om sjuksköterskors erfarenheter kunde särskiljas med övriga deltagares erfarenheter. I en av inkluderade studierna var deltagarna 17 sjuksköterskor och en undersköterska, endast resultat som tydligt kunde kopplas till sjuksköterskornas erfarenheter inkluderades i litteraturöversikten. Exklusionskriterier var studier som enbart hade fokus på medicinska beslut utan koppling till kommunikation, samt artiklar som inte var peer-reviewed. Studien fokuserar på vuxna

patienter därav var ett kriterium att inte inkludera patienter under 18 år eller artiklar där undersökning gjordes på barnavdelning. Andra metodologiska inslag än kvalitativ inkluderades endast när resultat som beskrev sjuksköterskors erfarenheter och perspektiv relevanta för litteraturöversiktens syfte.

Datainsamlingen utfördes genom strukturerade litteratursökningar i databaserna CINAHL och PubMed. Dessa databaser användes i syfte att identifiera relevant omvårdnadsforskning. Manuell sökning genomfördes för att identifiera fyra artiklar. För en av artiklarna började det med att välja ut de första funna artiklarna mest passande för arbetet och sedan söka vidare genom författarna. Resterande fyra hittades med hjälp av en manuell sökningsfras i Google Scholar ”End-of-Life communication nurse”. Sökningen resulterade i att fyra artiklar valdes ut och bedömdes relevanta utifrån litteraturöversiktens syfte. Sökord som användes var palliative care, terminal care, end of life care, hospice, communication, nurse-patient relation, nurse, perspective. Trunkering användes för att inkludera olika böjningar av nurse, exempelvis nurses och nursing. I databasen PubMed användes sökfält tiab för att söka i artiklarnas titel och abstrakt. Sökorden kombinerades med de booleska operatorerna AND och OR, där AND användes för att kombinera olika sökblock i syfte att avgränsa sökningen och OR användes för att kombinera synonymer.

Databearbetningen genomfördes i olika steg. Artiklarnas titlar granskades utifrån relevans till studiens syfte och valdes ut av författarna. Därefter lästes abstrakt för de artiklar som bedömdes relevanta för studien. De artiklar som uppfyllde inklusionskriterier och exklusionskriterier lästes sedan i fulltext gemensamt mellan författarna och kvalitetsgranskades (Bilaga D) innan artiklarna inkluderades i litteraturöversikten. Totalt inkluderades 12 vetenskapliga artiklar i studiens resultat. Kvalitetsprotokollet består av 12 frågor där ja-svar gav poäng med en maximal poäng på 12.

Dataanalys

Analysen genomfördes induktivt enligt Fribergs (2022) femstegsmodell för analys av studier. Analysen innefattade resultatdelar i de tolv inkluderade artiklarna och utgick från litteraturöversiktens syfte.
I det första steget fördelades de inkluderade artiklarna mellan författarna och lästes upprepade gånger för att skapa en helhetsförståelse av studiens innehåll. Därefter diskuterades artiklarnas resultat gemensamt. Det fokuserades och uppmärksammades särskilt mot artiklarnas resultatdelar för att hitta det centrala budskapet i varje studie

(Friberg, 2022, s. 177). Studiernas syfte, kontext, deltagare och huvudsakligen resultat sammanställdes i en artikelmatris för att ge en överblick över matrialet och lättare kunna göra en bedömning av resultatets relevans för litteraturöversiktens syfte. Studier med deltagare från flera yrkesgrupper inkluderades när det var möjligt att skilja på sjuksköterskors erfarenheter och andra yrkesgrupper. Studier som omfattade kommunikation med närstående och dess erfarenheter inkluderades endast resultat där kommunikationen mellan sjuksköterska och patient kunde särskiljas från kommunikation med övriga människor. I det andra steget identifierades meningsbärande delar i resultaten där huvudkategorier och underkategorier framkom, eftersom dessa kunde innehålla värdefull information relaterat till syfte (Friberg, 2022, s. 177). Resultatdelar som beskrev sjuksköterskors erfarenhet av kommunikation med vuxna patienter i palliativ vård och i livets slutskede sparades. I Jeong och Han (2023) inkluderades endast de textbaserade beskrivningar av sjuksköterskans perspektiv, medan statistiska resultat exkluderades. Resultatet som främst handlade om medicinska behandlingar, närståendes egna erfarenheter eller andra frågor som saknade tydlig koppling till kommunikation mellan sjuksköterskorna och patienten valdes bort. De relevanta resultatdelarna markerades, vid behov översattes från engelska till svenska och kondenserades utan att innehållets betydelse förändrades. Efter det formulerades korta koder som beskrev det viktigaste innehållet, exempelvis följa patientens tempo, våga stanna kvar, bygga tillit över tid, balansera ärlighet och hopp, värna patientens röst samt hantera egen känslomässig påverkan. I det tredje steget sammanställdes studiernas resultat i artikelmatrisen för att skapa en tydligare översikt och underlätta den fortsatta analysen mellan artiklarnas olika resultat för att kunna göra nya huvudkategorier och underkategorier (Friberg, 2022, s.179). Sammanställningen gjorde det lättare att se vilka erfarenheter som kom upp i flera studier och vilka som endast framkom i enstaka. Under hela arbetet jämfördes koderna med de ursprungliga resultatdelarna för att minimera risken för att innehållet skulle förändras genom översättning eller kondensering. I det fjärde steget jämfördes studiernas koder avseende likhet och skillnader. Koderna med liknande innebörd fördes till samma preliminära grupp. Koder om tystnad, lyssna, kontinuitet och förtroende sammanfördes exempelvis kring närvaro och lyhördhet, medan koder om bristande informationsöverföring, tidspress, kulturella uppfattningar och motstridiga önskemål sammanfördes kring yttre hinder. Preliminära grupper omprövades mot studiens originalresultat och grupper som hade samma innehåll slogs ihop eller avgränsades mer.
I det femte steget formades grupperna till sex underkategorier. Närvaro och lyhördhet, individuell anpassning, existentiella frågor, önskemål och hinder, emotionell belastning samt erfarenhet, reflektion och stöd. Underkategorierna sammanförde efter till tre huvudkategorier: Personcentrerad kommunikation, svåra samtal i livets slut och kommunikationens påverkan på sjuksköterskan. Slutligen skrevs resultatet som en

sammanställd helhet där liknande fynd från flera artiklar beskrevs tillsammans (Friberg, 2022, s.179).

Etiska överväganden

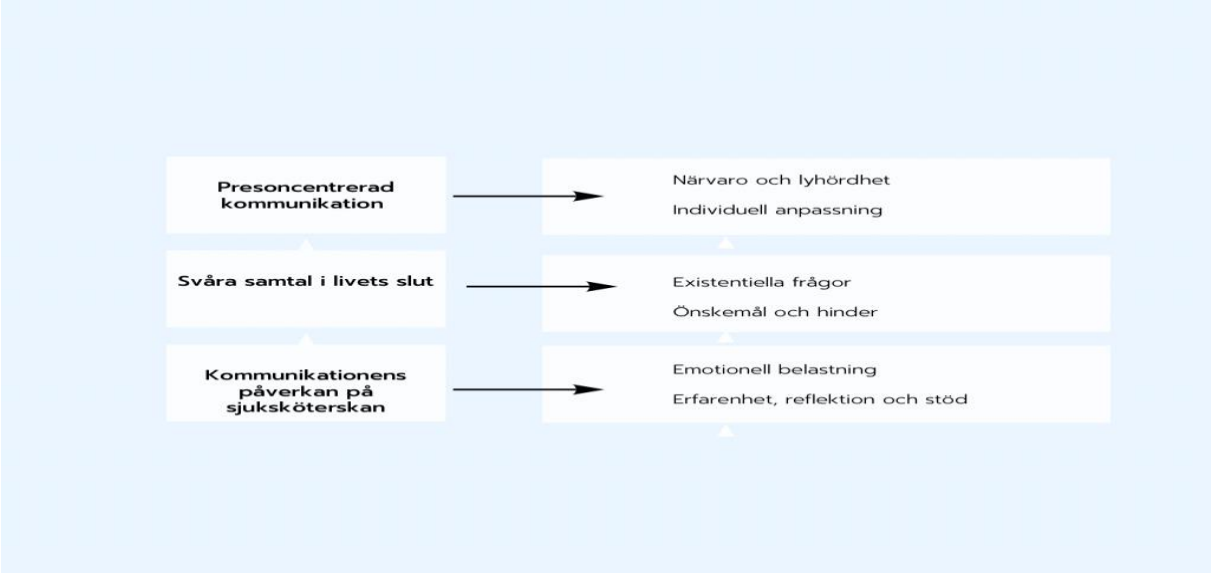
Forskningsetik syftar till att värna människors lika värde, integritet och självbestämmande. Centrala forskningsetiska principer innefattar respekt för autonomi, att göra gott, att inte skada samt rättvisa (Kjellström, 2023, s. 61, 68-70). Även Helsingforsdeklarationen betonar respekt för människans värdighet, rättigheter, integritet och autonomi och betydelsen av frivilligt informerat samtycke (World Medical Association, 2024). Litteraturöversikten baserades på redan publicerade vetenskapliga studier därav genomfördes ingen egen datainsamling från deltagare. Vid kvalitetsgranskningen granskades studiernas etiska överväganden och etiska godkännande. Vid översättning och kondensering jämfördes resultatet återkommande med originaltexten för att minska risken för feltolkningar. Resultat relevanta för litteraturöversiktens syfte inkluderades oberoende av om de beskrevs som positiva eller negativa erfarenheter och lästes igenom samt diskuterades mellan de tre författarna. En etisk risk med litteraturöversikten var att sjuksköterskors erfarenheter kunde förenklas eller misstolkas vid analys och översättning. Nyttan var att sammanställa kunskap som kan bidra till ökad förståelse för kommunikation inom palliativ vård. Etiska utmaningar kan även uppstå när patientens autonomi och önskemål skiljer sig från närståendes önskemål eller påverkas av kulturella normer (Alanazi et al., 2024; Ekblad et al., 2000). Sjuksköterskan har därför en betydelsefull roll i att värna patientens behov och önskemål (Alanazi et al., 2024).

Resultat

Resultatet baserades på 12 vetenskapliga studier publicerades mellan 2018 och 2026. Studierna genomfördes i Sverige, Italien, USA, Etiopien, Kina och Sydkorea och representerade olika vårdkontexter, bland annat sjukhus, hospice och särskilt boende. Totalt deltog 350 sjuksköterskor. En samanställning av studierna presenteras i Bilaga B. Analysen av de tolv inkluderade studierna resulterade i tre huvudkategorier och sex underkategorier. Huvudkategorierna var Personcentrerad kommunikation, svåra samtal i livets slut och kommunikationens påverkan på sjuksköterskan.

Figur 1.

Överskådligbild av huvudkategori och underkategori



Personcentrerad kommunikation

Närvaro och lyhördhet

Sjuksköterskorna upplevde att en förtroendefull relation var en förutsättning för att patienterna skulle känna att de kunde uttrycka sina känslor, tankar och önskemål i livets slutskede. Tillit byggdes stegvis och krävde tålamod, kontinuitet och ett genuint intresse för patientens berättelse. Sjuksköterskorna försökte lära känna personerna bakom sjukdomen och kunna skapa kontakt innan ämnen som kändes känsliga introducerades. Vardagliga samtalsämnen fungerade som en ingång till djupare frågor, medan återkommande möten gjorde det lättare att bygga förtroende. Små tecken på ökat förtroende uppfattades som betydelsefulla, även när samtalen inte ledde till ett omedelbart eller tydligt resultat (Bennett & O'Conner-Von, 2022; Isaacson & Minton, 2018; Stenman et al., 2023; Eet al., 2026). Närvaro förklarades som att de gav patienten odelad uppmärksamhet och stannade kvar även när det saknades lösningar. Sjuksköterskorna upplevde att patientens lidande inte alltid behövde mötas med svar eller råd. Att sjuksköterskorna kunde sitta ner, lyssna och vara tysta kunde i sig förmedla trygghet och bekräftelse. Aktivt lyssnande innefattade att uppmärksamma patientens ord, tonfall, pauser och kroppsliga uttryck samt att följa upp sådant som antydde oro eller lidande (Isaacson & Minton, 2018; Jeong & Han, 2023). Genom att ställa frågor försökte sjuksköterskor förstå vad patienter redan visste, vad som var viktigast för patienten och hur situationen uppfattades. Sjuksköterskor upplevde att frågor och aktivt lyssnande kunde ge patienten större utrymme att påverka samtalets riktning och takt (Isaacson & Minton, 2018; Stenman et al., 2023). Sjuksköterskorna eftersträvade ett

respektfullt förhållningssätt där patienten blev sedd som en aktiv person och inte endast en mottagare av information. Att kunna bekräfta patientens rädsla, förluster och tidigare erfarenheter bidrog till att de kände sig lyssnade på. Empati, ärlighet och patientens självbestämmande uppfattades samtidigt som centrala delar av den personcentrerade kommunikationen. När patienten kunde uttrycka sina mål och prioriteringar beskrev sjuksköterskorna att kommunikationen underlättade förståelsen av patientens mål och prioriteringar (Gonella et al., 2021; Isaacson & Minton, 2018; Jeong & Han, 2023; Seydel et al., 2022). Icke-verbal kommunikation blev särskilt viktig när patientens ork eller förmåga att kunna tala minskade. Sjuksköterskorna försökte tolka kroppshållning, förändring i patientens sätt att reagera och ansiktsuttryck. De var även medvetna om hur deras egen placering, kroppshållning och blick kunde signalera om de fanns utrymme och tid för samtal. Att vara på samma nivå som patienten och rikta sin uppmärksamhet mot mötet uppfattades som ett sätt att förmedla att patientens berättelse var betydelsefull (Aschale et al., 2025; Isaacson & Minton, 2018).

Individuell anpassning

Sjuksköterskor upplevde att kommunikationen behövde anpassas efter patientens personliga kunskap, sjukdomstillstånd, önskan om information och känslomässig beredskap. Det fanns därför inte ett tillvägagångssätt som passade alla. En del patienter ville tala öppet om döden, medan andra gav signaler att de inte var redo eller föredrog att närma sig ämnet stegvis. Sjuksköterskorna försökte tolka patientens icke-verbala och verbala signaler och anpassa ordval, mängden information och frågans djup därefter. Samtalen kunde byta riktning eller pausas när ett ämne tycktes skapa mer oro än patienten kunde klara av i stunden (Du et al., 2024; Isaacson & Minton, 2018; Jeong & Han, 2023). Tempo och tid framstod som betydelsefulla. Sjuksköterskorna behövde kunna avgöra när ett samtal skulle inledas, när en öppning riskerade att mistas och när de skulle avvakta. Att skynda fram frågor i ett samtal om döden kunde påverka tilliten negativt, samtidigt kunde ett sent samtal begränsa patientens möjlighet att uttrycka sina önskemål. Tillräckligt med tid gjorde det möjligt att kunna lyssna in patienten och samtala om frågor som annars skulle kunna bli outtalade (Beck et al., 2023; Bennett & O'Conner-Von, 2022; Nilsson & Hommel, 2024; Stenman et al., 2023; Stenman et al., 2025). Strukturerade kommunikationsverktyg kunde underlätta anpassningen i samtal. Sjuksköterskor som använde sig av Integrated Palliative care Outcome scale upplevde att verktyget synliggjorde psykiska, fysiska, sociala och existentiella behov och gav ett stöd för att inleda frågor som annars var svåra att ta upp. Samtidigt kunde ett formulär upplevas som att det styr mötet och minska ömsesidigheten om frågorna följdes

mekaniskt. Verktyget behövde därför användas flexibelt och kombineras med klinisk erfarenhet, följdfrågor och lyhördhet. Även andra samtalsstöd kunde ge en öppning, men sjuksköterskans förmåga att anpassa samtalet blev avgörande (Beck et al., 2023; Du et al., 2024).

Svåra samtal i livets slut

Existentiella frågor

Samtalen berörde ofta meningen med livet, döden, skuld, relationer, rädsla och vad som skulle hända närstående. Sjuksköterskorna upplevde att existentiella frågor kunde uppstå oväntat i samband med vardagliga samtal eller omvårdnadsåtgärder. De behövde våga stanna kvar i situationen trots osäkerhet och acceptera att de inte alltid skulle kunna ha ett korrekt svar. Det upplevdes extra svårt att tala tydligt om försämring och död utan att ta ifrån patienten hoppet. Sjuksköterskorna försökte balansera varsamhet med ärlighet och undvika falska försäkringar och ett språk som kunde tolkas som hårt. Osäker prognos gjorde denna balans mer komplicerad. När sjuksköterskorna saknade information om vad som hade sagts under brytpunktssamtalet blev de osäkra på patienternas kunskap och vilka frågor de kunde följa upp. Att inte ha varit delaktig i brytpunktsamtalet kunde försvåra den fortsatta kommunikationen och leda till att sjuksköterskan behövde möta patientens reaktioner utan tillräcklig förberedelse (Nilsson & Hommel, 2024; Seydel et al., 2022; Xu et al., 2025). Patientens ilska, förnekelse, ovilja eller rädsla att tala om döden kunde skapa osäkerhet hos sjuksköterskorna. Reaktionerna behövde förstås i relation till patientens kultur, livssituation och sätt att hantera förlust. Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att inte pressa patienten och samtidigt inte undvika frågor som kunde vara betydelsefulla. I vissa situationer behövde ämnet närmas stegvis, i andra situationer krävdes tydlighet för att patienten skulle kunna förstå sin situation och vara delaktig i beslut (Aschale et al., 2025; Du et al., 2024; Xu et al., 2025).

Önskemål och hinder

Kommunikation med patienter kan påverkas av närståendes önskemål och reaktioner. Sjuksköterskorna mötte situationer där deras närstående ville skydda patienten från information eller fortsätta livsförlängda behandlingar trots att patienten uttryckte önskemål. Sjuksköterskorna upplevde att patientens önskemål kunde få mindre utrymme när närstående och patienten hade olika mål. Sjuksköterskorna ville framföra patienters röst, ge de utrymme för de att uttrycka sin vilja och hjälpa parterna att lyssna på varandra. Återkommande kommunikation och en god kommunikation kunde underlätta gemensam förståelse, medan bristande tillit kunde bidra till konflikter (Gonella et al., 2021; Isaacson & Minton, 2018; Seydel et al., 2022). Kulturella uppfattningar om döden påverkade vad som kunde sägas och vem som förväntades fatta beslut. I en del sammanhang uppfattades ett öppet samtal om döden som respektlöst, skadligt eller som ett tecken på att vårdpersonal hade gett upp. Detta kunde skapa en konflikt mellan kulturell hänsyn och strävan att respektera patientens rätt till delaktighet och information (Xu et al., 2025). Även organisatoriska villkor kunde begränsa kommunikationen. Hög arbetsbelastning, tidsbrist, brist på avskildhet och otillräcklig kontinuitet gjorde det svårt att genomföra ostörda samtal. Teknisk utrustning och begränsade utrymmen kunde göra det svårare med både närhet och integritet. Otydliga roller och bristande informationsöverföring mellan sjuksköterskor och läkare skapade också osäkerhet. När samarbetet och kommunikationen i teamet fungerade fick sjuksköterskorna relevant information som kunde de lättare följa upp patientens frågor och kunna upprätthålla en dialog som var sammanhängande (Aschale et al., 2025; Gonella et al., 2021; Nilsson & Hommel, 2024; Xu et al., 2025). Sjuksköterskornas återkommande och nära kontakt med patienter gav de samtidigt en speciell plats i vårdteamet. De kunde uppmärksamma förändringar, föra patientens önskemål vidare och fånga upp frågor efter läkarens information. Sjuksköterskorna upplevde också ett ansvar att företräda patienten när den planerade vården inte var i överensstämmelse med patientens mål, värderingar eller önskemål. När sjuksköterskornas kunskap om patienten beaktades eller när beslut kommunicerades utan deras delaktighet, uppstod ett avbrott mellan det formella samtalet och den fortsatta vården. Delaktighet i teamets kommunikation sågs därför som betydelsefullt för att sjuksköterskan skulle kunna ge stöd och relevant information (Bennett & O´Conner-Von, 2022; Gonella et al., 2021; Nilsson & Hommel, 2024; Seydel et al., 2022).

Kommunikationens påverkan på sjuksköterskan

Emotionell belastning

Kommunikation med patienter i livets slutskede kunde påverka sjuksköterskorna känslomässigt. Samtalen kunde väcka sorg, oro, maktlöshet samt osäkerhet kring den egna yrkesrollen. Patienternas berättelser kunde fortsätta att påverka sjuksköterskorna även efter arbetstid, särskilt i situationer där de kunde känna igen sig själva eller närstående i patientens livssituation. Den emotionella belastningen kunde också bli tydlig när sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde lindra patientens lidande eller när de var osäkra på hur de skulle uttrycka sig i svåra samtal. Återkommande möten med starka känslor kunde därmed bidra till trötthet och i vissa fall en vilja att undvika särskilt svåra samtalsämnen (Du et al., 2024; Stenman et al., 2025; Xu et al., 2025). Samtidigt beskrev sjuksköterskorna den emotionella påverkan som en naturlig del av det mellanmänskliga mötet. Att känna empati och medkänsla kunde underlätta skapandet av en trygg relation med patienten. Det fanns ett stort behov av att hitta en balans mellan känslomässig närvaro och ett professionellt förhållningssätt. Om sjuksköterskan höll för stort känslomässigt avstånd kunde relationen påverkas negativt, medan en alltför stark känslomässig involvering kunde göra situationen svår att hantera. Genom att acceptera att alla problem inte kunde lösas och att en lyssnande och närvarande hållning ibland var det viktigaste, kunde sjuksköterskorna lättare hantera den emotionella påverkan (Stenman et al., 2023; Stenman et al., 2025).

Erfarenhet, reflektion och stöd

Med ökad erfarenhet utvecklade sjuksköterskorna en större trygghet i kommunikationen med patienter i livets slutskede. Erfarenheten gjorde det lättare att uppmärksamma när patienten ville samtala, att använda tystnad som en del av kommunikationen och att anpassa samtalet efter patientens behov och tempo. Sjuksköterskorna beskrev även en ökad förmåga att skilja mellan patientens känslor och sina egna, vilket kunde göra det lättare att vara empatisk utan att själv bli överväldigad. Positiva möten och uppskattning från patienter kunde dessutom bidra till en känsla av mening i arbetet. Samtalen kunde även ge sjuksköterskorna nya perspektiv på livet och bidra till både personlig och professionell utveckling (Bennett & O´Conner-Von, 2022; Du et al., 2024; Isaacson & Minton, 2018; Stenman et al., 2025). Reflektion och stöd från kollegor hade betydelse för hur sjuksköterskorna hanterade känslomässigt krävande samtal. Genom att samtala med kollegor om sina erfarenheter kunde sjuksköterskorna få stöd, känna sig mindre ensamma och få nya perspektiv på svåra situationer. Handledning och utbildning upplevdes som särskilt betydelsefulla när kommunikationen handlade om döden, existentiella frågor eller

situationer där patientens och närståendes önskemål kunde stå i konflikt med varandra. Kommunikationsförmågan beskrevs som något som utvecklades över tid genom erfarenhet, återkoppling och reflektion. När tillgången till stöd var begränsad behövde sjuksköterskorna i större utsträckning hitta sätt att skapa distans till arbetets emotionella innehåll och möjligheter till återhämtning (Du et al., 2024; Nilsson & Hommel, 2024; Stenman et al., 2023; Stenman et al., 2025; Xu et al., 2025)

Diskussion

Metoddiskussion

Arbetet genomfördes som en litteraturöversikt med kvalitativ ansats, då det bedömdes mest passande för arbetets syfte som var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter. Doyle et al. (2020) beskriver att ett kvalitativt deskriptivt perspektiv är passande för att få tydliga beskrivningar av den individuella erfarenheter och uppfattningar. En litteraturöversikt sammanför resultat från flera befintliga primära kvalitativa studier på ett systematiskt sätt där resultaten analyseras för att skapa en samlad förståelse av fenomenet samt individuella erfarenheter, uppfattningar och värderingar (Flemming & Noyes, 2021). Även Friberg (2022) vars metod inspirerat föreliggande arbete, beskriver litteraturöversikten som ett sätt att skapa en sammanställning av kunskapsläget inom ett avgränsat område. Valet av att utföra en litteraturöversikt var därav en styrka för att få djupare förståelse av sjuksköterskors olika erfarenheter. Samtidigt baseras analysen på resultat som redan bearbetats och tolkats av de ursprungliga forskarna, vilket kan innebära att vissa nyanser av de ursprungliga erfarenheterna inte framkommer i föreliggande studie. Jeong och Han (2023) använder Q-metodologi med faktoranalys, vilket begränsade studiens förenlighet med litteraturöversiktens kvalitativa ansats. Studien inkluderades eftersom de textbaserade resultaten beskrev sjuksköterskors perspektiv på kommunikation i livets slutskede.

Datainsamlingen som användes till artikelsökningen utfördes genom databaserna CINAHL och PubMed. Wright et al. (2015) beskriver CINAHL som en relevant databas vid sökning efter kvalitativa studier och lyfter dess betydelse vid litteratursökningar inom omvårdnad och för identifiering av primärstudier. PubMed valdes som komplement eftersom databasen omfattar litteratur inom biomedicin och hälsoområdet (National Library of Medicine, 2025). Valet av dessa databaser bedömdes relevant utifrån studiens syfte då båda innehåller forskning inom omvårdnad och hälso- och sjukvård. Användning av två databaser möjliggjorde ett bredare urval av relevanta studier. Samtidigt kan användningen av endast

två databaser ha begränsat sökning då endast åtta artiklar valdes ut efter kvalitetsgranskning, helhetsläsning samt övervägande av relevans till syftet.

Vidare utfördes en manuell sökning som komplettering för identifiering av ytterligare relevanta artiklar som inte framkom i databassökningarna. Den kompletterade sökningen i Google Scholar genererade ett stort antal träffar, vilket innebar att samtliga resultat inte kunde granskas. Detta kan ses som en begränsning eftersom relevanta studier längre ned i träfflistan kan ha förbisetts. Google Scholar användes däremot endast som ett komplement till de strukturerade databassökningarna i CINAHL och PubMed. De artiklar som identifierades genom den manuella sökningen bedömdes utifrån samma inklusions- och exklusionskriterier som övriga artiklar, vilket bidrog till ett konsekvent urval.

Inklusions- och exklusionskriterier gjorde det möjligt att få fram relevanta artiklar. Eftersom det inte var säkert att samtliga artiklar i sökresultatet var relevanta för litteraturstudiens syfte lästes rubrikerna dubbelt för att möjliggöra en avgränsning. Pålitlighet handlar om att forskningsprocessen är tydligt beskriven och konsekvent genomförd (Polit & Beck, 2021). Litteraturöversiktens pålitlighet stärktes genom att sök-, urvals- och analysprocessen genomfördes systematiskt och beskrevs stegvis. Samma inklusions- och exklusionskriterier användes genom urvalsprocessen, vilket bidrog till ett konsekvent urval.

För ytterligare urval av artiklar genomfördes en kvalitetsgranskning som bedömdes innehålla relevanta synpunkter för att avgöra en artikels relevans och trovärdighet. Trovärdigheten handlar om i vilken utsträckning resultatet på ett trovärdigt sätt speglar det fenomen som studeras (Polit & Beck, 2021). Två kriterier särskilt viktiga för föreliggande litteraturöversikt var tioårsgränsen och att endast inkludera vuxna. Tidsgränsen med artiklar publicerade de senaste tio åren användes för att få mer aktuell och relevant forskning inom området. Samtidigt kan avgränsningen ha medfört att äldre studier med hög relevans till syftet exkluderades. Att endast inkludera studier med vuxna patienter var relevant utifrån litteraturöversiktens syfte och bidrog till ett mer avgränsat urval då kommunikation med barn inom palliativ vård kan innebära andra förutsättningar.

En möjlig svaghet i analysprocessen var att resultat från engelskspråkiga artiklar översattes till svenska vilket kan ha medfört förändringar i språkliga nyanser. För att minska denna risk jämfördes resultaten och koderna återkommande med originaltexterna. De inkluderade artiklarna fördelades mellan författarna, denna avgränsning kan ha inneburit att resultaten tolkades olika. För att minska risken för individuella tolkningar diskuterades artiklarnas resultat gemensamt vilket bidrog till att eventuella olika tolkningar synliggjordes och

diskuterades. Bekräftelsebarhet handlar om att resultatet grundas i det analyserade materialet och inte påverkas av forskarnas egna uppfattningar eller tolkningar (Polit & Beck, 2021). Litteraturöversiktens bekräftelsebarhet stärktes genom att resultaten och koderna jämfördes med originaltexterna samt att tolkningar diskuterades gemensamt mellan de tre författarna.

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultat kan vara tillämpbara i andra sammanhang eller grupper. En tydlig beskrivning av studiens urval och kontext ger läsaren möjlighet att bedöma resultatets överförbarhet till andra sammanhang (Polit & Beck, 2021). Föreliggande litteraturöversikt avgränsades till sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med vuxna patienter inom palliativ vård. Detta tydliggör den kontext som resultatet avser och ger läsaren möjlighet att bedöma om resultatet kan vara överförbart till liknande vårdkontexter. Skillnader i vårdmiljöer och kulturella sammanhang kan samtidigt begränsa överförbarheten.

Resultatdiskussion

Denna litteraturöversikt syftade till att belysa sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med vuxna palliativa patienter i livets slutskede. Resultatet visade att kommunikationen erfors som ett relationellt och situationsanpassat arbete där lyhördhet, närvaro och individuell anpassning var centrala. Samtalen försvårades av existentiella frågor, motstridiga önskemål och organisatoriska hinder och kunde samtidigt innebära både emotionell belastning och professionell utveckling för sjuksköterskan. I resultatdiskussionen diskuteras den vårdande relationens betydelse, svåra samtal samt kommunikationens påverkan på sjuksköterskan.

En central del av resultatet var att tilliten byggdes stegvis genom närvaro, lyhördhet och kontinuitet. Vardagliga samtal kunde fungera som en ingång till djupare frågor, medan återkommande möten gav sjuksköterskan möjligheten att lära känna patienten och uppmärksamma hur oro och önskemål uttrycktes. Kommunikationen i livets slut kunde därför inte begränsas till ett enstaka inplanerat samtal. Den behövde istället vara en process där relationen utvecklades över tid. När sjuksköterskan lyssnade aktivt, gav odelad uppmärksamhet och använde tystnad skapades utrymme för patientens berättelse. Kommunikationens vårdande handlade därför inte alltid om att lösa ett problem eller kunna ge ett svar. Att bekräfta patientens erfarenhet och stanna kvar kunde vara en

omvårdnadshandling i sig. Resultatet stämmer också överens med patient- och närståendeperspektivet hos Kochems et al. (2025) där patienter och närstående förklarade att det är betydelsefullt att patienten blev sedd som en unik person. Tydlig kontinuitet, information och vård anpassad efter patientens önskemål bidrog till känsla av kontroll och trygghet. Likheten mellan sjuksköterskornas och patienternas perspektiv kan tyda på att kontinuitet och personlig uppmärksamhet är gemensamma förutsättningar för att svåra frågor ska kunna uttryckas. Perspektiven skilde sig samtidigt åt genom att sjuksköterskorna främst beskrev hur kommunikationen genomfördes, medan patienterna och närstående betonade hur mötet och informationen upplevdes. Att liknande behov framkom ur olika perspektiv och vårdkontakt kan stärka resultatets överförbarhet. Även om möjligheten till kontinuitet kan vara mindre inom exempelvis akutsjukvård än inom specialiserad palliativ vård. Travelbees teori kan bidra till en förståelse av varför kontinuitet och individanpassning blev centralt. Enligt teorin utvecklas den mellanmänskliga relationen genom det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och rapport (Parola et al., 2020). Att lära känna personen bakom sjukdomen och att anpassa tempo, ord och djup kan förstås som delar av den utvecklingen. Sjuksköterskan behövde möta patienter som unika individer snarare än att använda samma sätt att prata om döden med alla patienter. Individanpassningen innebar samtidigt att sjuksköterskan behövde göra etiska och kommunikativa överväganden. Respekt för att patienten inte var redo att tala om svåra ämnen fick inte leda till att viktiga frågor undveks tills möjligheten hade gått förlorad. Sjuksköterskan behövde därför uppmärksamma såväl verbala som icke-verbala signaler och återkomma när patienten visade en ökad förberedelse eller större trygghet. Travelbee synliggör det mellanmänskliga mötet men förklarar i mindre utsträckning hur organisatoriska villkor påverkar kommunikationen.

En annan central del av resultatet var svårigheten att balansera tydlighet med varsamhet. Sjuksköterskorna ville ge ärlig information utan att orsaka onödig oro eller ta hoppet från patienter. Parry (2024) beskrev hur samtal om prognos, framtida vård och döende initierades och hanterades samt hur känslor bemöttes i kliniska samtal. Resultatet visade att balansen inte endast handlade om ordval, den påverkades också av patientens egen kunskap, tidpunkt, osäkerhet kring prognos och vilken information sjuksköterskan själv hade fått. Existentiella frågor kunde uppstå spontant och saknade ofta tydliga svar. Travelbees fokus på lidande och människans sökande efter mening kan bidra till förståelse av varför sjuksköterskans uppgift inte begränsades till informationsöverföring. Att lyssna och stanna kvar kunde vara ett sätt att möta lidandet även när tydliga svar saknades (Parola et al., 2020; Travelbee, 1971). Närståendes delaktighet kunde både underlätta och försvåra kommunikationen. När patienten och närstående hade olika önskemål riskerade patientens röst att hamna i bakgrunden. Sjuksköterskan behövde då företräda patientens mål och samtidigt bevara

relationen till närstående. Kochems et al. (2025) visade att tydlig information anpassad efter patientens önskemål var betydelsefull för patienters och närståendes känsla av kontroll och trygghet. Kulturella värderingar kunde påverka om döden fick talas om öppet, vem som förväntades att ta emot information och vem som fattade beslut. En personcentrerad hållning innebar då att försöka förstå den enskilda människans egna önskemål och inte utgå från att familjens värderingar alltid stämmer överens med patientens egen vilja. Organisatoriska förhållanden begränsade också möjligheten till god kommunikation. Brist på avskildhet, tidsbrist, arbetsbelastning och otydlig informationsöverföring kunde leda till att samtalet avbröts, sköts upp eller inte skedde med tillräckligt mycket förberedelser. Detta överensstämde med Lind et al. (2022) som beskrev hur ett botande fokus och otydliga vårdmål kunde skapa osäkerhet och etisk stress. Kommunikationens kvalitet kunde därför inte enbart ses som den enskilda sjuksköterskans ansvar. Förutsättningarna i teamet och organisationen påverkade även om sjuksköterskan kan följa upp information, ge patienten ett sammanhängande samtal och vara närvarande.

Den tredje centrala delen av resultatet var kommunikationens känslomässiga påverkan på sjuksköterskan. Samtalen kunde väcka maktlöshet, sorg, självtvivel och rädsla för att säga fel. Balansen mellan medkänsla och professionella gränser framstod som viktig. Ett stort känslomässigt avstånd kunde försvåra en genuin relation, medan en stark anknytning kunde göra situationen överväldigande. Professionella gränser behövde därför inte förstås som känslomässig frånvaro, utan som en förmåga att vara närvarande utan att tappa möjligheten till återhämtning och reflektion. Samtidigt visade resultatet att samtalen inte enbart upplevdes som en belastning. Mötena kunde ge sjuksköterskor en känsla av mening och något som bidrog till personlig och professionell utveckling. Travelbees beskrivning av det genuina mellanmänskliga mötet kan bidra till förståelsen av varför sjuksköterskan själv blev känslomässigt berörd (Parola et al., 2020). Erfarenhet gav en ökad känsla av trygghet i att uppmärksamma öppningar, anpassa samtal och använda tystand. Brighton och Bristowe (2016) beskrev kommunikationen i livets slutskede som en central klinisk färdighet och presenterade praktiska strategier för sådana samtal. Resultatets betoning av handledning, reflektion med kollegor och stöd visar samtidigt att kunskap om samtalsstrategier behöver kombineras med stöd i den kliniska vardagen. Resultatet visade dock att erfarenhet inte alltid var tillräcklig, eftersom även erfarna sjuksköterskor kunde påverkas känslomässigt av samtalen. Detta kan tyda på att utbildningen behöver kombineras med kontinuerlig handledning, reflektion med kollegor och organisatoriska stöd. Som helhet visar resultatet att god kommunikation i palliativ vård växer fram i samspelet mellan förmågan att kunna bygga relationer, etisk lyhördhet och organisatoriska förutsättningar. Sjuksköterskans närvaro och

förmåga att individanpassa kommunikationen var centralt, men kunde inte kompensera för otydliga vårdmål, bristande kontinuitet och avsaknad av stöd. För att kommunikationen ska bli personcentrerad behöver både den enskilda sjuksköterskans kompetens och vårdens organisatoriska förutsättningar uppmärksammas.

Slutsatser

Sammanfattningsvis visade studien att kommunikationen med vuxna patienter inom palliativ vård i livets slutskede var ett relationellt och situationsanpassat arbete. Tillit, lyhördhet och närvaro skapade förutsättningar för patienten att uttrycka sina behov, känslor och önskemål samt för en personcentrerad vård. Kommunikationen behövde anpassas efter patientens individuella förutsättningar och beredskap att samtala om existentiella och svåra samtalsämnen. Samtalen kunde försvåras av motstridiga önskemål mellan patienten och närstående. Kommunikationen kunde även påverka sjuksköterskan känslomässigt och väcka sorg, osäkerhet och känslor av otillräcklighet. Samtidigt kunde möten med patienter bidra till personlig och professionell utveckling. Sjuksköterskan hade en betydelsefull roll i att uppmärksamma och värna patientens vilja samt bidra till en sammanhängd kommunikation mellan patienten, närstående och vårdteamet. Även organisatoriska förutsättningar såsom fungerande informationsöverföring, kontinuitet och tillräckligt med tid hade betydelse för möjligheten att genomföra personcentrerade och trygga samtal. Resultatet visade därför betydelsen av kommunikativ kompetens, kollegialt stöd, kontinuerligt lärande och möjlighet till reflektion för att sjuksköterskan skulle kunna genomföra personcentrerade samtal i livets slutskede.

Kliniska implikationer

Utifrån studiens resultat framkommer kliniska implikationer på individ-, team- och organisationsnivå. På individnivå visade resultatet betydelsen av sjuksköterskans närvaro, lyhördhet och individanpassade kommunikation i mötet med patienter i livets slutskede. Resultatet visade att K kommunikationen behövde anpassas efter patientens individuella behov och beredskap att samtala om svåra och existentiella frågor. På teamnivå visade resultatet betydelsen av fungerande informationsöverföring och samarbete inom vårdteamet. Detta kan underlätta för sjuksköterskan att följa upp patientens frågor och skapa en mer sammanhängande kommunikation. Kollegialt stöd och reflektion hade betydelse för hur sjuksköterskor hanterade känslomässigt krävande samtal. På organisationsnivå visade resultatet att tid, kontinuitet och enskildhet var betydelsefulla för möjligheten att genomföra personcentrerade samtal. Möjlighet till utbildning, handledning och reflektion kan stödja sjuksköterskor i kommunikationen med patienter i livets slutskede. Framtida forskning kan

undersöka vilka utbildningsinsatser och former av stöd som kan utveckla sjuksköterskors kommunikativa förmåga i livets slutskede. Det finns även behov av att undersöka hur organisatoriska förutsättningar som bemanning, kontinuitet och samarbete inom vårdteamet påverkar kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.

Användning av AI

AI användes som stöd i skrivprocessen. Verktygen användes för språkförbättringar och sammanfattningar. Stöd tagen av AI omformulerades till författarnas egna ord.

Referenslista

Alanazi, M. A., Shaban, M. M., Ramadan, O. M. E., Zaky, M. E., Mohammed, H. H., Amer, F. G. M., & Shaban, M. (2024). Navigating end-of-life decision-making in nursing: A systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nursing, 23*, 467. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5

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*, 1185. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03849-5

Beck, I., Törnquist, K., Gruvebäck, A., Rasmussen, B. H., & Olsson Möller, U. (2023). Nurses´experiences of using the integrated Palliative care Outcome Scale with patients in specialized palliative care: A qualitative focus group study. *Nursing Open, 10*(12), 7639–7649. https://doi.org/10.1002/nop2.2004

Bennett, F. B., & O'Conner-Von, S. (2022). Continuous commitment: Long-Term Care RNs' Experience Communicating With Residents and Their Families About End-of-Life Care Preferences. *Journal of Gerontological Nursing, 48*(11), 29–36. https://doi.org/10.3928/00989134-20221003-08

Brighton, L. J., & Bristowe, K. (2016). Communication in palliative care: Talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate Medical Journal, 92*(1090), 466–470. https://doi.org10.1136/postgradmedj-2015-133368

Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing, 25*(5), 443–455. https://doi.org/10.1177/1744987119880234

Du, J., An, Z., Wang, C., & Yu, L. (2024). Nurses´ self-regulation after engaging in end-of-life conversations with advanced cancer patients: A qualitative study. *BMC Nursing, 23*, 344. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02016-6

Ekberg, S., Parry, R., Land, V., Ekberg, K., Pino, M., Antaki, C., Jenkins, L., & Whittaker, B. (2021). Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC palliative care*, *20*(1), 186. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00876-2

Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: Reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing, 31*(3), 623–630. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01318.x

Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative & supportive care*, *21*(5), 890–913. https://doi.org/10.1017/S1478951523001165

Flemming, K., & Noyes, J. (2021). Qualitative evidence synthesis: Where are we at? *International Journal of Qualitative Methods, 20*,1–13. https://doi.org/10.1177/1609406921993276

Friberg, F. (2022). Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (4:e uppl.) I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsatts: vägledning för litteraturbasserade examensarbeten (*114–115). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning – inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsatts: vägledning för litteraturbasserade examensarbeten (*s. 169–182). Studentlitteratur.

Gonella, S., Basso, I., Clari, M., Dimonte, V., & Di Giulio, P. (2021). A qualitative study of nurses´perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 35*(2), 502–511. https://doi.org/10.1111/scs.12862

Isaacson, M. J., & Minton, M. E. (2018). End-of-life communication: Nurses cocreating the closing composition with patients and families. *Advances in Nursing Science*, *41*(1), 2–17. https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000186

Ijaopo, E. O., Zaw, K. M., Ijaopo, R. O., & Khawand-Azoulai, M. (2023). A review of clinical signs and symptoms of imminent end-of-life in individuals with advanced illness. *Gerontology and Geriatric Medicine, 9*. https://doi.org/10.1177/23337214231183243

Jeong, E., & Han, A. Y. (2023). Nurses´ subjectivity in patient-centered communication for end-of-life patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 25*(6), E124-E132. https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000987

Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., Hoydich, Z. P., Ikejiani, D. Z., Klein-Fedyshin, M., Zimmermann, C., Morton, S. C., Arnold, R. M., Heller, L., & Schenker, Y. (2016). Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, *316*(20), 2104–2114. https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840

Kennedy, G. (2016). The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life. *The Ulster medical journal*, *85*(1), 45–48.

Kirby, E., Broom, A., Good, P., & Wootton, J. (2014). The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: A qualitative study. *BMJ Open, 4*(9), e006026. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006026

Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I M. Henricson Maria (Red). Vetenskaplig teori och metod (s.61). *Studentlitteratur*.

Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I M. Henricson Maria (Red). Vetenskaplig teori och metod (s.68–70). *Studentlitteratur*.

Kochems, K., De Graaf, E., Hesselmann, G. M., & Teunissen, S. C. C. M. (2025). Being Seen as a Unique Person is Essential in Palliative Care at Home and Nursing Homes: A Qualitative Study With Patients and Relatives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 42*(2), 207–216. https://doi.org/10.1177/10499091241242810

Lind, S., Bengtsson, A., Alvariza, A., & Klarare, A. (2022). Registered nurses' experiences of caring for patients in hospitals transitioning from curative to palliative care: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences, 24*(4), 820–827. https://doi.org/10.1111/nhs.12982

Melender, H. L., Hökkä, M., Kaakinen, P., Lehto, J. T., & Hirvonen, O. (2022). Palliative-care nurses' and physicians' descriptions of competencis needed in their working units. *International Journal of Palliative Nursing, 28*(1), 38–50. https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.1.38

Nacak, U.A., & Erden, Y. (2022). End-of-Life Care and Nurse's Roles. *The eurasian Journal of medicine, 54*(Suppl. 1), S141-S144. https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2022.22324

National Library of Medicine. (2025, March 11). About PubMed. *National Center for Biotechnology Information*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/

Nilsson, R., & Hommel, A. (2024). Registered nurses' experiences of communication with patients after the end-of-life breakpoint communication: A pilot interview study. *International Journal of Nursing Studies Advances, 7,* 100263. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100263

Parry, R. H. (2024). Communication in palliative care and about end of life: A state-of-the-art literature review of conversation-analytic research in healthcare. *Research on Language and Social Interaction, 57*(1), 127–148. https://doi.org/10.1080/08351813.2024.2305048

Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., Apóstolo J. (2020). Travelbee´s Theory: Human-to-Human Relationship model – its suitability for palliativ nursing care. *Revista de Enfermagem Referéncia, 5*(2), e20010. https://doi.org/10.12707/RV20010

Peerboom, F.B.A.L., Friesen-Storms, J.H.H.M., Coenegracht, B.J.E.G., Pieters, S., Van der Steen, J. T., Janssen, D. J. A., & Meijers, J. M. M (2023). Fundamentals of end-of-life communication as part of advance care planning from the perspective of nursing staff, older people, and family caregivers: A scoping review. *BMC Nursing, 22*, 363. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01523-2

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

Regionala cancercentrum i samverkan. (2021). *Nationellt vårdprogram palliativ vård* (PDF). Regionala Cancercentrum.

Stenman, T., Näppä, U., Rönngren, Y., & Melin-Johansson, C. (2023). "Daring to deal with the difficult and unexpected": registered nurses' confidential conversations with patients with palliative care needs: a qualitative interview study. *BMC Palliative Care, 22*, 108. https://doi.org/10.1186/s12904-023-01228-y

Stenman, T., Rönngren, Y., Näppä, U., & Melin-Johansson, C. (2025). Beyond Everyday Small Talk: A qualitative Study on Registered Nurse' Confidential Conversations in Palliative Care. *Journal of Advanced Nursing*, *82*(2), 1628–1639. https://doi.org/10.1111/jan.17098

Socialstyrelsen. (2025). *Nationella riktlinjer 2025: Palliativ vård – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten* (Artikelnummer 2025-12-9890). Socialstyrelsen.

Seydel, A., Moutsoglou, N., Varilek, B. M., Minton, M., & Isaacson, M. J.(2022). Navigating disharmony Nurse Experiences Providing End-of-Life Communication. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *24*(6), 328-334. https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000909

Travelbee, J. (1971). Interpersonal aspects of nursing. F.A. *Davis Company*.

World Health Organization. (2020, 5 augusti). *Palliative care*. *WHO*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

Wright, K., Golder, S., & Lewis-Light, K. (2015). What value is the CINAHL database when searching for systematic reviews of qualitative studies? *Systematic reviews, 4*, 104. https://doi.org/10.1186/s13643-015-0069-4

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 intensice care units: A qualitative study. *BMC Nursing, 24*, 768. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03340-1

Xue, W., & Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse-patient relationship. A concept analysis. *International Jounal of Nursing Practice, 27*(6), e12938. https://doi.org/10.1111/ijn.12938

Bilaga A – Sökmatris

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Läst abstrakt	Kvalitets-granskning	Helhets läsning	Till resultat	Efter dubblettkontroll
CINHAL	((MH ”Nurses+”) OR (MH ”Registered Nurses+”) OR nurse* OR ” registered nurse*” OR ”staff nurse*” OR nursing) AND ((MH ”Communication?”) OR communicat* OR ”nurse-patient communication” OR ”therapeutic communication” OR concersation* OR dialogue* OR discuss* OR talk* OR speak*) AND (experienc* OR perception* OR perspective* OR attitude*	*104*	*104*	*57*	*12*	*7*	*3*	*3*

	OR ”lived experience*” OR view*) AND (palliative care or terminal care or end of life care)”							
Pubmed	((("Nurses"[Mesh] OR nurse*[tiab] OR "registered nurse*"[tiab]) AND ("Communication"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR communicat*[tiab] OR "nurse-patient communication"[tiab] OR conversation*[tiab] OR dialogue*[tiab])) AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR palliati*[tiab] OR "palliative care"[tiab] OR "terminal care"[tiab] OR "end-of-life care"[tiab] OR "end of life care"[tiab] OR "end-of-life"[tiab] OR "end of life"[tiab])) AND (experienc*[tiab] OR perception*[tiab] OR perspective*[tiab] OR "lived experience*"[tiab])	*636*	*450*	*38*	*19*	*10*	*6*	*5*

Manuell sökning	*Till resultat: 4*

Bilaga B– Protokoll för kvalitetsbedömning

TItel			
Författare			
Publiceringsår			
Tidskrift			

Del 1 Kvalitetsgranskning – Beskrivning av studien	Ja	Nej
Finns en sammanfattning (abstract) av studiens innehåll beskriven?		
Beskrivs problemet av det studerade fenomenet/ämnet i Introduktion/Bakgrund?		
Är syftet relevant för ert examensarbete?		
Är urvalet relevant för ert examensarbete?		

Om samtliga frågor i Del 1 besvaras med Ja, gå vidare till kvalitetsgranskning Del II

Del 2 Kvalitetsgranskning	Ja	Nej
Beskrivs vald kvalitativ metod? (ex. fenomenologi)		
Är den kvalitativa metoden relevant för studiens syfte?		
Beskrivs datainsamlingen på ett detaljerat sätt?		
Beskrivs dataanalysen?		
Beskriver författarna sin objektivitet (förförståelse) relaterat till datainsamling och/eller analys?		
Finns det beskrivet att studien har ett forskningsetiskt tillstånd och/eller beskrivs forskningsetiska överväganden?		
Diskuteras studiens genomförande (metoden) utifrån styrkos och svagheter, alternativt utifrån metodologiskt relevanta kvalitetsbegrepp (ex trustworthiness) i diskussionsavsnittet, eller annan del av studien?		
Diskuteras studiens huvudresultat i diskussionsavsnittet?		
Räkna ihop poängen för Del 1 och 2 (1poäng för varje Ja). Maxpoäng 12 poäng		
Totalpoäng		

Slutlig bedömning	
Vid inkludering av studie, ange en sammanfattande bedömning för inkludering av studien till examensarbetet	
Vid inkludering av studie, ange studiedeltagarnas antal, ålder, kön, yrkesprofession och eventuellt vårdsammanhang	
Vid exklusion ange en sammanfattande bedömning för exkludering av studien	
Studien granskades av:	

Bilaga C - Artikelmatris

Författare, år, land & tidskrift	Titel	Syfte	Design & metod	Antal deltagare, ålder & kön	Resultat	Kvalitetsgranskning
Aschale et al., 2025, Etiopien. BMC Nursing	Experiences of intensive care unit nurses in providing end-of-life care in public hospitals: a phenomenological study	Utforska sjuksköterskors erfarenheter av vård i livets slutskede.	Kvalitativ deskriptiv fenomenologi, semistrukturerade djupintervjuer. Tematisk analys.	12 legitimerade IVA-sjuksköterskor	Fyra teman: kommunikation, interaktion, professionella utmaningar samt emotionell hantering.	12/12
Beck et al., 2023, Sverige. Nursing Open	Nurses' experiences of using the integrated palliative care outcome scale	Utforska sjuksköterskors erfarenheter av att använda IPOS	Kvalitativ induktiv ansats. 5 fokusgrupper,	18 deltagare, varav 17 legitimerade sjuksköterskor	IPOS kunde underlätta förståelse av patientens behov och personcentrerad kommunikation. Relation, atmosfär, färdigheter och flexibilitet var viktiga.	11/12

	with patients in specialized palliative care – A qualitative focus group study	som kommunikationsverktyg i palliativ vård.	kvalitativ innehållsanalys.			
Bennett & O'Conner-Von, 2022, USA. Journal of Gerontological Nursing	Continuous Commitment: Long-Term Care RNs' Experience Communicating With Residents and Their Families About End-of-Life Care Preferences	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation kring vårdpreferenser i livets slut inom långtidsvård.	Interpretativ fenomenologisk ansats; virtuella intervjuer; narrativ analys.	10 legitimerade sjuksköterskor	Kommunikationen framstod som en kontinuerlig och dynamisk process med relation, tydlighet, patientföreträdande och påverkan på sjuksköterskan.	11/12
Du et al., 2024, Kina. BMC Nursing	Nurses' self-regulation after engaging in end-of-life conversations with advanced cancer patients: a qualitative study	Utforska sjuksköterskors erfarenheter och självreglering efter samtal om livets slut med patienter med avancerad cancer.	Kvalitativ deskriptiv studie, semistrukturerade intervjuer, tematisk analys.	17 sjuksköterskor, 22–57 år, 16 kvinnor, 1 man	Samtalen kunde leda till både utveckling och emotionell belastning. Erfarenhet, personlighet och stöd påverkade sjuksköterskornas hantering.	12/12
Gonella et al., 2021, Italien. Scandinavian Journal of Caring Sciences	A qualitative study of nurses' perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home	Utforska sjuksköterskors perspektiv på hur kommunikation i livets slutskede påverkar målen för vården på särskilda boenden.	Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer. Tematisk analys.	14 sjuksköterskor	Kommunikation kunde bidra till förståelse för patientens önskemål, prognos, behandling och stödja gemensamt beslutsfattande och palliativa vårdmål.	12/12
Isaacson & Minton, 2018, USA. Advances in Nursing Science	End-of-life communication: Nurses cocreating the closing composition with patients and families	Undersöka centrala kommunikationsstrategier som sjuksköterskor använder vid vård i livets slutskede.	Kvalitativ fenomenologisk studie, intervjuer.	10 sjuksköterskor	Centralt var bland annat uppmärksamt lyssnande, ärlighet, trygghet inför döendet, planering av vårdens mål och att bekräfta patientens perspektiv.	12/12
Jeong & Han, 2023, Sydkorea. Journal of Hospice & Palliative Nursing	Nurses' Subjectivity in patient-centered communication for end-of-life patients	Utforska sjuksköterskors subjektiva perspektiv på patientcentrerad kommunikation med patienter i livets slut.	Q-metodologi, intervjuer, Q-sortering och faktoranalys.	12 sjuksköterskor i intervjudelen. 38 sjuksköterskor i Q-sortering.	Fyra perspektiv identifierades: sincere listener, family centered caregiver, resource utilization facilitator och sufficient time devoter.	12/12
Nilsson & Hommel, 2024, Sverige. International Journal of Nursing Studies Advances	Registered nurses' experiences of communication with patients after the end-of-life breakpoint communication: A pilot interview study	Belysa legitimerade sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med patienter efter brytpunktssamtal inför vård i livets slut.	Kvalitativ pilotintervjustudie.	6 legitimerade sjuksköterskor	Resultatet berörde bland annat sjuksköterskans roll efter brytpunktssamtalet, kommunikationens betydelse och strategier för fortsatt samtal med patienten.	12/12
Seydel et al., 2022, USA. Journal of Hospice & Palliative Nursing	Navigating Disharmony: Nurse Experiences	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation	Deskriptiv kvalitativ studie, öppna frågor i	201 sjuksköterskor besvarade de öppna frågorna	Ett övergripande tema, disharmony, och tre teman: navigating denial, words matters och knowledge deficit.	11/12

	Providing End-of-Life Communication	med patienter och familjer i livets slut.	webbenkät. Tematisk analys.			
Stenman et al., 2023, Sverige. BMC Palliative Care	"Daring to deal with the difficult and unexpected" registered nurses' confidential conversations with patients with palliative care needs: a qualitative interview study	Få djupare förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av förtroliga samtal med patienter med palliativa vårdbehov.	Kvalitativ intervjustudie, sekundäranalys, induktiv kvalitativ innehållsanalys.	17 legitimerade sjuksköterskor	Samtalen byggde på tillit och relation. Sjuksköterskan behövde våga möta svåra och oväntade frågor och följa patientens behov i samtalet.	12/12
Stenman et al., 2025, Sverige. Journal of Advanced Nursing	Beyond Everyday Small Talk: A Qualitative Study on Registered Nurses' Confidential Conversations in Palliative Care	Utforska hur sjuksköterskor inom palliativ vård utvecklar personliga och professionella förhållningssätt i förtroliga samtal med patienter.	Kvalitativ studie. 5 fokusgrupper, interpretive description.	22 legitimerade sjuksköterskor	Reflektion och stöd bidrog till utveckling. Sjuksköterskorna beskrev bland annat balans mellan medkänsla och professionellt ansvar samt hur tillit byggdes över tid.	12/12
Xu et al., 2025, Kina. BMC Nursing	Experiences of providing end-of-life care in adult intensive care units: a qualitative study	Utforska sjuksköterskors erfarenheter av att ge vård i livets slut på vuxen-IVA.	Kvalitativ studie, fenomenologisk ansats och intervjuer.	12 sjuksköterskor	Resultatet omfattade bland annat institutionella begränsningar, kulturella konflikter samt problem med kommunikation och tillit i vården i livets slut.	12/12