

Den bortglömda vårddimensionen?

Om andliga behov i livets slut

FÖRFATTARE	Hannah Lax och Sabina Zupanc
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Birgitta Danielsson
EXAMINATOR	Irma Lindström

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi vill rikta ett stort och varmt tack till vår fantastiska handledare Birgitta Danielsson som kommit med bra synpunkter under arbetets gång. Vidare vill vi tacka hunden Leija som kommit med många uppfriskande pauser.

Titel:	Den bortglömda vårddimensionen? Om andliga behov i livets slut
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng, OM 5250
Kursbeteckning:	Examensarbete på grundnivå
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Hannah Lax & Sabina Zupanc
Handledare:	Birgitta Danielsson
Examinator:	Irma Lindström

SAMMANFATTNING

Inom palliativ vård är existentiella frågeställningar och andlighet viktiga delar för att uppnå en holistisk vård. Det har dock visat sig att sjuksköterskor har bristande kunskap om och svårigheter att bemöta patienters andliga behov. Eriksson och Watson är två omvårdnadsteoretiker som belyser den andliga dimensionen av omvårdnaden. Eriksson har en mer kristen syn på andlighet medan Watsons perspektiv är existentialistiskt med inflytande av österländskt filosofi. Båda uttrycker dock att etablering av tro och hopp är centrala kännetecken för andlig omvårdnad. Syftet med uppsatsen var att klargöra vilka andliga behov palliativa patienter kan ha och hur de kan komma till uttryck samt hur andliga behov kan uppfyllas. En systematisk litteraturstudie gjordes för att beskriva forskningsområdet. Sökningen genomfördes bland vetenskapligt granskade artiklar i databaserna CINAHL och PubMed. Totalt analyserades tretton artiklar, publicerade efter år 2000, från sex länder. Innehållsanalysen av dessa artiklar resulterade i identifikation av två huvudteman; ”andliga behov som palliativa patienter kan ha och hur de kan komma till uttryck” och ”hur andliga behov kan uppfyllas”. De andliga behoven samlades under fyra kategorier: meningsskapande, religion eller ”högre makt”, relationen till andra och relationen till sig själv. Resultatet visade att andliga behov ofta får ökad betydelse vid livets slut. Andliga behov handlade om att på olika sätt finna mening med tillvaron. Relationer av olika slag sågs som andligt. Andliga behov var lika viktiga om patienten var troende som icke-troende. Om andliga behov ska kunna uppmärksammas krävs att vårdpersonal är lyhörda för patientens önskemål, är öppna för samtal och förstår att andlighet kan betyda vitt skilda ting för människor.

Sökord: spiritual care, spiritual needs, palliative care, spiritual nursing, spirituality, existential, palliative, end of life

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Palliativ vård	4
Andlighet.....	5
Andliga behov.....	6
Teoretisk referensram	7
Eriksson.....	7
Watson.....	8
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	9
Datainsamling.....	10
Urval.....	10
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden.....	10
RESULTAT	11
Andliga behov palliativa patienter kan ha och hur de kan komma till uttryck 11	
<i>Andliga behov som uttrycks genom meningssökande</i>	11
<i>Andliga behov som uttrycks genom religion eller ”högre makt”</i>	12
<i>Andliga behov som uttrycks genom relationer till andra</i>	12
<i>Andliga behov som uttrycks genom relationen till sig själv</i>	13
Hur andliga behov kan uppfyllas	14
<i>Andliga behov som uppfylls genom meningsskapande</i>	14
<i>Andliga behov som uppfylls genom att praktisera religion</i>	14
<i>Andliga behov som uppfylls genom relationer till andra</i>	14
<i>Andliga behov som uppfylls genom relationen till sig själv</i>	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
<i>Vårdteoretisk anknytning Eriksson</i>	18
<i>Vårdteoretisk anknytning Watson</i>	19
Konklusion	20
Slutord	20
REFERENSER	21
BILAGOR	
Bilaga 1. Databassökning	
Bilaga 2. Artiklar som baserar litteraturstudien	

INLEDNING

Efter genomförd praktik inom sjuksköterskeprogrammet på ett kristet missionssjukhus i sydvästra Indien väcktes många frågor hos författarna kring andlighet inom vården.

Många av patienterna på sjukhuset var döende och erfarenheten av att möta döden så nära i en ny kulturkontext blev en känslösam och unik upplevelse. Döden var ständigt närvarande på vårdavdelningarna och vårdpersonal och patienter pratade om döden och döendet på ett annorlunda sätt än i Sverige. Döden är många gånger undandömd och till och med tabubelagd i Sverige och även vårdpersonal, som ofta möter död och dödsfall, har ibland svårt att förhålla sig till den delen av livet (Olsson et al, 2008).

Både de anställda och patienterna på sjukhuset i Indien var aktivt troende hinduer, kristna och muslimer och patienternas andliga behov blev påtagliga för oss eftersom de öppet utövade sin tro.

I Sverige försvann kyrkans inflytande över människorna redan på mitten av 1900-talet och därmed upphörde också den konkreta dimensionen av trosutövande i sjukvården. Det vetenskapliga perspektivet blev nu dominerande och man såg på människan, nästan uteslutande, utifrån den biomedicinska sjukvårdsmodellen som reducerade människan till enbart hennes kropp (Beck Friis & Strang, 2005).

Trots att religionens ställning har försvagats i västvärlden kvarstår de andliga och existentiella frågeställningarna och behoven hos många patienter (Einhorn, 1999). Den andliga omsorgen har återigen aktualiserats inom sjukvården och detta gäller i synnerhet inom den palliativa vården (Kaasa, 2001). Man har anammat en holistisk syn på patienten där upplevelser av sammanhang, meningsfullhet, dödsångest, fruktan och hopp är centrala. Människan är inte enbart en sjuk kropp utan en helhet med både fysiska, psykiska och existentiella/andliga behov (Buckley, 2008).

Efter att ha upplevt de två vitt skilda kulturernas vårdattityder till både död och andlighet väcktes intresset att söka djupare kunskap om den andliga dimensionen vid livets slut.

BAKGRUND

Palliativ vård

Palliativ vård är ett begrepp som syftar på lindrande vård i livets slutskede. Begreppet har sitt ursprung i hospicerörelsen från Storbritannien och är särskilt förknippad med Dame Cicily Saunders, som 1967 startade St. Christophers Hospice utanför London. Vårdfilosofin präglas av en helhetssyn på vården av döende där målet är ”att få leva tills man dör” genom att upprätthålla funktioner, livskvalitet och ett värdigt liv. Ett palliativt förhållningssätt och kunskaper om basal palliativ vård skall finnas på alla platser där svårt sjuka och döende vårdas, till exempel i närsjukvården, inom geriatrik och akutsjukvård samt på vård- och omsorgsboenden (äldreboenden). Inom specialiserad palliativ vård finns kompetens att behandla patienter med mer komplexa symtom och problem (Beck Friis & Strang, 2005). Den palliativa vården ser döendet som en normal process vid livets slut och varken påskyndar eller skjuter upp döden.

Den hjälper människor att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut. Palliativ vård har som syfte att ge högsta möjliga livskvalitet när bot inte längre är möjlig och innebär stöd till anhöriga. För att på bästa vis skapa högsta möjliga livskvalitet ska den palliativa vården ge trygghet och visa respekt för enskilda individers önskemål och behov (Nationella rådet för Palliativ vård, 2010).

Enligt WHO 2002 definieras palliativ vård enligt följande:

”Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem” (Kenne-Sarenmalm et al, 2002).

WHO lyfter de psykologiska och existentiella aspekterna i patientens vård och menar att det är viktigt att de integreras (Kenne-Sarenmalm et al, 2002).

Socialstyrelsen belyser i sin sammanställning av aktuell forskning kring vård i livets slutskede att det i livets slut är vanligt att existentiella frågeställningar aktualiseras och att det då finns ett behov av att få samtala om dessa, det levda livet, den aktuella situationen och framtiden (Socialstyrelsen, 2007).

I den parlamentariska utredningen SOU 2001:6 gavs rekommendationer för hur den palliativa vården kan förbättras. En skrivelse från regeringen 2005 gav Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av den palliativa vården i Sverige jämfört med situationen 2001. I Socialstyrelsens rapport från december 2006 framkommer att det fortfarande på många håll saknas strategier, kompetens och organisation för ett bra omhändertagande i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2006).

Sektionen Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad (SFPO) har, för att förbättra vården, tagit fram en särskild kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom palliativ vård. I den kan man bland annat läsa att sjuksköterskor inom specialiseringen ska ha förmåga att bedöma psykiska, kulturella och andliga/existentiella omvårdnadsbehov samt ha fördjupad kunskap om psykosociala, kulturella och andliga aspekter som t ex kristeori, copingstrategier och transition (SFPO, 2008).

Andlighet

Nationalencyklopedin definierar andlighet som mänskliga strävanden som inte tar sin utgångspunkt i det materiella, men som inte med nödvändighet är religiösa (Nationalencyklopedin, 2010).

Om andlighet erkänns som en del av människan överhuvudtaget beror mycket på vilken människosyn man antar (Birkler, 2007). Man bör argumentera för den människosyn som gör rättvisa åt den totala upplevelsen av att vara människa (Barbosa da Silva & Andersson, 1993). Man talar om två övergripande synsätt som definierar vad det innebär att vara en människa; naturalistiskt synsätt och humanistiskt. Det humanistiska perspektivet är det synsätt som tar hänsyn till människans andliga dimensioner (Birkler, 2007).

Andlighet kan förklaras utifrån både religiös/teologisk grund, men även utifrån en existentiell grund. Florence Nightingale gjorde tidigt skillnad mellan religion och

andlighet (Narayanasamy, 1999). Religion kan, men behöver inte, ingå i andlighet eftersom dessa är åtskilda (Beck-Friis & Srang, 2005).

Ahmadi (2006) definierar andlighet som ”ett sökande efter samhörighet med en helig källa som är relaterad eller icke-relaterad till Gud eller annan religiös källa. Andlighet innebär ansträngningar för att beakta abstrakta eller översinnliga aspekter av ett vardagsliv då de relaterar till krafter, översinnlighet och liknande.

Det finns en skillnad mellan begreppen ”religiositet” och ”andlighet”, där ”religiositet” snarare tydliggör de yttre handlingarna och ”andlighet” den inre upplevelsen. Mycket talar för att en andlighet som är integrerad med personligheten ger mindre ångest och smärta och en ökad trygghet samt livstillfredsställelse medan enbart ett yttre uppfyllande av religiösa traditioner inte medför någon ökad livskvalitet. Ett aktivt religiöst liv eller en religiös tillhörighet behöver därmed inte i sig innebära en ökad trygghet. Den inre tron däremot kan hjälpa den svårt sjuke patienten på flera sätt; som förklaringsmodell för lidande och död, som hopp och trygghet, som kontroll och känslan av att kunna påverka (Einhorn, 1999).

För att beskriva andlighet behöver vi alltså ta hjälp av icke-religiösa kontexter och en humanistisk människosyn. Sivonen (2000) beskriver i sin avhandling kulturella värden, fokus på livskvalitet och samhörighet som faktorer som många patienter uppger som andliga. Samhörigheten kan gälla patient-sjuksköterskerelationen, men kan också söka sig mot andra för patienten viktiga personer; mot Gud, naturen eller inåt mot sig själv (Sivonen, 2000).

Andlighet beskrivs även som det som ger oss en känsla av personlighet och unikt. Den fungerar som en inre kraft, eller energi, och är därmed en ogripbar dimension. Den motiverar oss till att anknyta till varandra och vår omgivning och att sträva efter mening eller mål. Människans förmåga till andlighet kan beskrivas som det som ger oss lugn och ro genom vår relation till någon eller något. Den kan vara en viktig källa till visdom, inspiration och mening. Andlighet kommer ofta i särskilt fokus vid kritiska skeden av livet, exempelvis i ett palliativt skede (Buckley, 2008).

Andliga behov

I sjuksköterskeutbildningen poängteras att sjuksköterskor har ansvar för att uppmärksamma och tillgodose patienters olika behov, även de andliga. I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska står också att sjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov; såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen, 2005). I sjuksköterskans journalföring enligt VIPS-modellen finns även ett särskilt sökord för dokumentation av andligt/kulturellt (Ehnfors et al, 2000).

I Statens offentliga utredningar (2000:6) kan man läsa att kunskap om de andliga behoven och den andliga smärtan ofta tillmäts stor betydelse i den palliativa vården men att vårdpersonalens förmåga att hantera den är ofta bristfällig. Det har uppmärksamats att sjuksköterskor har bristande kunskap och förståelse för de andliga frågorna inom omvårdnadsteorierna. För vårdpersonalen ligger det ofta närmast till hands att erbjuda sig att kalla på en präst när patienter bedöms ha andliga behov (Oldnall, 1996). Så mycket som en tredjedel av cancerpatienter upplevde att deras andliga behov inte bemöttes (Moadel, 1999).

Eriksson och Barbosa da Silva (1991) påpekar att det inte finns någon enhetlig definition på andliga behov men menar att andliga behov är synonymt med existentiella och religiösa behov såsom ett sökande efter sinnesro, livslust och glädje. De beskriver de andliga behoven som en mer tillfällig brist i människans upplevelse av sammanhang i sin livssituation. Detta kan till exempel vara brist av sinnesro eller frid, behov av förlåtelse, gemenskap eller försoning med medmänniskor eller Gud och behov av mening i och med livet, lidandet och tillvaron i stort.

Strang (2004) menar att andlig vård inom hälso- och sjukvården normalt omfattar religion och "allmän" andlighet men däremot inte så ofta existentiella aspekter såsom de tolkas av existentiellfilosoferna. Dessa aspekter är emellertid centrala för alla människor, vare sig man är djupt troende eller ateist. Det är svårt att dra en exakt skiljelinje mellan dessa koncept, därför kan nyckelord inom varje koncept ge en bild av dess likheter: Andlighet förknippas med mening, transcendens, högre makt/kraftkälla och relationer. Religion rör sig mer runt Gud, tillbedjan, ritualer och sociala manifestationer (t ex. församling). Existentialism berör begrepp som frihet, ensamhet, mening/meningslöshet och döden.

I Buckley (2008), som är kurslitteratur på sjuksköterskeprogrammet i kursen om palliativ vård, finns fyra andliga behov; behovet av mening och mål i livet, behovet att ge kärlek, behovet att få kärlek och behovet av hopp och kreativitet. Kellehear (2000) menar att andliga behov främst handlar om sökandet efter mening och att dessa behov angränsar till sociala och psykologiska behov.

En definition som tilltalat författarna är: "Andliga behov är behov och förhoppningar som människor har för att finna mening, syfte och värde i livet. Sådana behov kan vara religiösa, men även människor som inte har en religiös övertygelse har trossystem som ger deras liv mening och syfte" (Taylor Johnston, 2006).

Teoretisk referensram

Watson och Eriksson är två omvårdnadsteoretiker som kännetecknas av ett holistiskt synsätt på omvårdnaden och synen på människan. Båda inkluderar en andlig dimension i sina teorier.

Eriksson

Synen på människan utgör grunden för Katie Erikssons omvårdnadsteori. Hon beskriver människan utifrån de ontologiska frågorna i filosofin som handlar om alla tings innersta väsen. Eriksson beskriver i sin teori människans innersta natur och dess relation till sig själv, till världen och andra människor (Jahren Kristoffersson et al, 2006). Eriksson hävdar att varje människa består av kropp, själ och ande. Alla människor har alltså en andlig dimension som omsorgen bör utgå ifrån. Erikssons uppfattning inbegriper en religiös syn på människan (Kaasa, 2001).

I Erikssons omvårdnadsteori kännetecknas människan av, och blir till i, sina relationer till andra människor och till Gud. Den inre kraft som knyter människan till andra människor samt till Gud är livsvilja. Livsvilja utgör det primära begäret hos människan och gör människan till människa. Kroppen är den del av som är direkt förknippad med andra människor. Själen kombinerar Eriksson så att den består av en andlig och en psykisk dimension. Dessa dimensioner är förknippade med relationen till Gud (Jahren Kristoffersson et al, 2006). "Andligt" är det som är det transcendent

och primära hos människan till skillnad från "själsligt", som beskriver de psykiska processerna och som annars används som en synonym till "andligt". "Andliga behov" är synonymt med existentiella och religiösa behov eller "andliga begär" liksom ett sökande efter sinnesro, livslust och glädje. Andlighet ses som viktig för patientens hälsoprocess (Eriksson, 1991).

Denna syn på människan ger upphov till något som Eriksson kallar människans livsrum. Det första är det fysiska livsrummet där förutsättningarna och behoven för de primära livsfunktionerna finns. I detta rum är individen vid sjukdom ofta i hög grad beroende av andra. Det andra rummet är det fysio-psyko-sociala och utgör ett livsrum för samspel mellan självet och andra. Förutsättningarna är relationer med andra. Det tredje är det andliga rummet där kärnan är självet relation till den abstrakta andra, till en gud eller till en personlig tro. Summan av rummen är människans hela kapacitet och optimala hälsa och det är därför omvårdnad måste bedrivas i alla rummen (Eriksson, 1987).

I "Den lidande människan" beskriver Eriksson att ett syfte med andlig omvårdnad är att lindra lidande. Lidandet delas in i tre former: Sjukdomslidande som är den kroppsliga smärtan förorsakad av sjukdom. Vårdlidande är det lidande som vården eller behandling av sjukdom kan ge upphov till, exempelvis genom dåligt bemötande, långa väntetider och den smärta och obehag som själva behandlingen kan medföra. Livslidande, det existentiella lidandet, innebär att hela människans livssituation berörs av sjukdom och ohälsa. Detta kan hota människans totala existens på grund av förlust av möjligheten att leva det liv man vill eller har tänkt sig. Den andliga omvårdnadens syfte är främst att lindra det existentiella lidandet (Eriksson, 2001).

Watson

Jean Watson är en omvårdnadsforskare som sätter patienters andliga behov i fokus. Watsons omvårdnadsteori bygger på en existentiellistisk-humanistisk människosyn och en filosofisk grund som bygger på att försöka se eller förstå en annan människas hela situation. Relationen mellan sjuksköterska och patient är den innersta kärnan i Watsons omvårdnadsteori. Hon är inspirerad av österländskt tänkande och filosofi där människans andliga sida utgör en viktig dimension och hon uttrycker att österländska kulturer är mer andligt utvecklade och har högre nivåer av medvetande tack vare sin långa andliga tradition. Hon skriver också att den betydelse man ger den andliga dimensionen varierar mellan människor, individer och mellan kulturer. Fokus i omvårdnaden ligger i att som sjuksköterska medvetet visa uppmärksamhet för patientens behov, och då även andliga behov, och att ha kunskap och förståelse för patientens egen tro och idéer om hälsa och sjukdom. Att stanna kvar, trösta, förmedla tro och hopp beskrivs som en helande kraft och en andlig dimension. Detta medför att sjuksköterskan eller den som delar uppmärksamheten och gemenskapen kan bli en länk mellan patienten och dennes andliga behov. Genom trösten ges uppskattning, erkännande och respekt för andlig mening i en annan persons liv (Watson, 1993).

Watson menar att för att innefatta andlighet som en viktig del av en patients behov och problem krävs ett holistiskt synsätt på människan. Att uppmärksamma de andliga behoven kan handla om att kontakta andliga ledare såsom präster eller arrangera för patienten att få komma ut eller vara i avskildhet. Miljöer som är lämpliga för situationen och personen kan bidra till lättnad och tröst vid ångest hos patienten (Watson, 1985).

Watson sätter omvårdnaden i relation till hälsan genom att hävda att existentiella frågeställningar har stort inflytande på hälsan och på hälsofrämjande vård och de mellanmännsliga relationerna. Sjuksköterskan kan inte eliminera de känslor av ensamhet och utanförskap som sjukdom kan ge upphov till hos patienten. Varje människa måste själv hitta sin väg genom de existentiella frågorna (Watson, 1985 och 1993).

De gemensamma begrepp om andlighet, andliga behov och andlig omvårdnad som står att finna i Eriksson och Watsons omvårdnadsteorier är många trots att de har olika utgångspunkter; den första mer kristen och den senare existentialistisk med inflytande av österländsk filosofi. Helhetssynen på människan som bestående av kropp, själ och ande är gemensam. Båda uttrycker att etablering av tro och hopp är centrala kännetecken för andlig omvårdnad. Vad gäller de vårdande handlingarna för andlighet finns också mycket gemensamt. Eriksson nämner lyssnande, samtal, vägledning som vårdande handlingar. Watson skriver att om sjuksköterskan visar erkännande och respekt för patientens andliga mening så kan det ge tröst.

Problemformulering

Andliga behov tillmäts stor betydelse inom speciellt den palliativa vården och det är sjuksköterskans uppgift att bemöta dessa behov. Det har dock visat sig att många sjuksköterskor har bristande kunskap och förståelse för de andliga aspekterna inom omvårdnadsteorierna. Eftersom Sverige är ett sekulariserat land och vården är väldigt biomedicinskt inriktad finns det risk att de andliga frågorna hamnar i skymundan. På sjuksköterskeutbildningen har de heller ingen stor agenda. För att sjuksköterskor ska kunna utöva andlig omvårdnad och bemöta andliga behov så måste de erhålla en förståelse för vad andlighet innebär.

SYFTE

Syftet är att klargöra vilka andliga behov palliativa patienter kan ha och hur de kan komma till uttryck samt hur andliga behov kan uppfyllas.

METOD

Uppsatsen är en systematisk litteraturstudie där resultat från flera vetenskapliga studier har sammanställts. Avsikten har varit att presentera ett aktuellt och övergripande resultat som besvarar syftet med uppsatsen. En systematisk litteraturstudie ska utgå från en tydligt formulerad fråga som besvaras systematiskt genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2003).

Datainsamling

Litteratursökningen har skett i två olika databaser, CINAHL och PubMed, och har endast inkluderat vetenskapligt granskade artiklar. Använda sökord har varit; palliative, spiritual care, spiritual needs, palliative care, end of life, spirituality, existential och spiritual nursing i olika kombinationer (se bilaga 1). När sökresultaten gick igenom valdes artiklar ut efter titel och abstract. De artiklar som inte föll inom urvalskriterierna (se nedan) sållades bort. Denna sökning resulterade i elva artiklar. Två artiklar har hittats genom manuell sökning via aktuella artiklars referenslistor. De artiklar som blev föremål för analys var tretton till antalet (se bilaga 1).

Urval

Eftersom avsikten var att presentera ett aktuellt resultat begränsades sökningen till att beröra artiklar publicerade efter år 2000. Endast fulltextartiklar i elektronisk form som kunde hämtas hem utan kostnad togs med. Urvalet är begränsat till att enbart inkludera studier med vuxna patienter. Kvalitativa intervjuer togs med i första hand, dock gjordes ett undantag där en kvantitativ enkätstudie med öppna frågor inkluderades (Strang & Strang, 2001). Anledningen till att främst kvalitativa artiklar togs med var att intresset låg i att finna beskrivningar av upplevelser och erfarenheter. Artiklarna inkluderar främst patienters upplevelser. Några studier belyser även vårdgivares (Strang et al, 2002 och Penman et al, 2009) upplevelser av andliga behov då vi ansåg att även deras perspektiv kunde berika innehållet. Vissa studier är inte gjorda på uttalat palliativa patienter men togs ändå med då deltagarna var svårt sjuka och hade mycket funderingar kring döden (Bolmsjö, 2001 och Blinderman, 2005). Artiklarna har alla varit skrivna på engelska, utifrån våra språkliga begränsningar.

Dataanalys

Artiklarnas bearbetades genom noggrann genomläsning eftersom ansatsen var att genomföra en innehållsanalys med syfte att finna meningsbärande enheter och centrala teman. Det grundläggande arbetssättet i innehållsanalys kännetecknas av att data klassificeras stegvis och systematiskt för att kunna identifiera mönster och teman (Forsberg & Wengström, 2003). Vid innehållsanalysen framkom att materialet kunde presenteras under två huvudteman. Huvudtemana var; ”andliga behov palliativa patienter kan ha och hur de kan komma till uttryck?” samt ”hur andliga behov kan uppfyllas?”. Ur materialet framkom sedan fyra kategorier som beskrev fenomenet andliga behov. Kategorierna var; meningssökande/att skapa mening, religion eller ”högre makt”, relationer till andra samt relationen till sig själv. Dessa kategorier beskrevs var för sig under varje huvudrubrik.

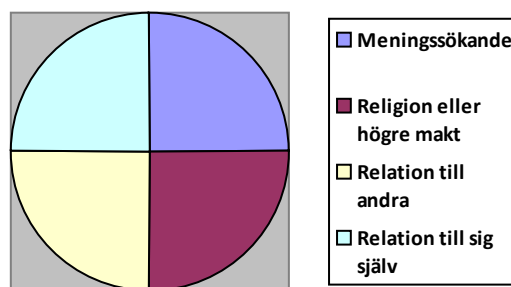
Forskningsetiska överväganden

De studier vi valt innebär att informanterna lämnat information på något sätt. Patel (2003) beskriver vikten av att värna om de enskilda individernas integritet. Under urvalet av artiklar gjordes en värdering av huruvida individerna som deltagit i studierna behandlats konfidentiellt samt att forskningsetiska överväganden redogjorts. Vidare kontrollerades att individerna i studien lämnat informerat samtycke om undersökningens syfte och vad deras medverkan kommit att innebära. En värdering av både själva tillvägagångssättet och resultatet genomfördes och om inte detta levde upp till ovanstående etiska krav uteslöts artikeln. Wallén (1996) menar att bedömning av

informationskvalitet bör bedömas med avseende på informationskälla, bakgrund och det sammanhang i vilket informationen har uppstått. Tillvägagångssättet under arbetets gång har präglats av detta och arbetets gång har framskridit efter principerna att inte kopiera eller falsifiera. Arbetets trovärdighet stärks av inläsningen av ämnesområdet som gjordes i början av arbetet. Källkritiken har varit gedigen och källorna är noga angivna. Författarna har med största möjliga noggrannhet försökt vara trogen mot källorna i översättningar från engelska språket och i att ange källorna.

RESULTAT

De andliga behoven kommer här att presenteras under två huvudteman. Huvudtemana är; ”andliga behov palliativa patienter kan ha och hur de kan komma till uttryck” samt ”hur andliga behov kan uppfyllas”.



Kategorierna som följer huvudtemana beskriver olika andliga behov och är följande; meningsökande/att skapa mening, religion eller ”högre makt”, relationer till andra och relationen till sig själv (se figur 1).

Figur 1. Kategorier av andliga behov.

Andliga behov palliativa patienter kan ha och hur de kan komma till uttryck

Andliga behov som uttrycks genom meningsökande:

Yardley (2009) fann att patienterna som intervjuades menade att andlighet hängde ihop med meningsskapande i livet. Murray et al (2000) påpekade att ett tecken på andliga behov är känslan av meningslöshet.

Frågor om meningen med livet, lidandet, känslor av meningslöshet och frågor om och rädslor för döden är speciellt signifikant för patienternas andliga behov. Patienter lyfte ofta frågor som till exempel -varför jag? och -varför nu? samt frågor om ödet, rättvisa och skuld (Strang et al, 2002, Strang & Strang, 2001, Blinderman och Cherny, 2005 och Bolmsjö, 2000 och 2001). Även i Blinderman och Cheldys (2005) studie beskrevs några patienters känslor av skuld och ånger samt önskningar om att få upprättelse och förlåtelse. En minoritet av patienterna i denna studie uttryckte att livet saknade mening. Bolmsjö (2001) fann i sin studie att patienternas funderingar innan döden mest kretsade kring mening och skuld. Studien hävdade att irrationell skuld skapar existentiellt lidande.

Hopp respektive hopplöshet var vanligt att patienterna pratade om i relation till andliga behov (Blinderman & Cherny, 2005 samt Bolmsjö, 2001). Patienterna berättade att de pendlade mellan hopp och förtvivlan (Murray et al, 2000). Många av patienterna hade hopp trots svår sjukdom. Patienter som inte hade långt kvar i livet hoppades få dö utan

smärtor och att anhöriga som de lämnade efter sig skulle få ett bra liv (Blinderman & Cherny, 2005).

Andliga behov som uttrycks genom religion eller "högre makt":

Strang et al (2002) fann i sin studie att många sjuksköterskor upplevde att patienterna uttryckte sina andliga behov i "en tro på något större". Sjuksköterskorna påpekade att detta behov inte behövde innebära en religiös tro utan även kunde innebära "att vara del av något större". Även patienterna i Yardleys studie (2009) påpekade att religion inte nödvändigtvis hade att göra med andliga behov. Forskarna fann att icke-troende patienter uttryckte andliga behov samt att religiösa patienter uttryckte andliga behov som inte var kopplade till deras tro. I Strang & Strang (2001) hade religion mindre betydelse för de intervjuade, men de hade ändå andliga behov som skapade mening. Detta innebar en tro på något större än sig själv, ett liv efter döden, ödet, godheten i livet eller storheten i naturen.

Nästan alla patienterna i Blinderman och Chernys studie (2005) som var troende beskrev att deras tro på Gud var kopplat till deras andliga hälsa. I Penman et al (2009) var tron på Gud den vanligaste beskrivningen av andlighet som patienterna gav. Religiös andlighet beskrevs av en del intervjuade patienter med hjärntumör som meningsskapande, medan en intervjuperson förklarade att hennes tro blev nästan som en börda och ökade känslan av meningslöshet (Strang & Strang, 2001).

Andliga behov som uttrycks genom relationer till andra:

Penman et al (2009) & Emanuel et al (2000) ansåg att relationer med andra var andligt i sig. Att tänka på och bry sig om andra, att känna samhörighet och gemenskap beskrevs i studien som det som gjorde människor andliga. Även Murray (2004) belyste vikten av relationer i sin studie. Studien visade att få känna sig värdefull för andra, att ha öppna och ärliga samtal och få delta i gemenskap var tecken på andligt välmående.

Sjuksköterskorna som deltog i studien av Strang et al (2002) tog upp respekt i parrelationer, integritet och frihet som andliga/existentiella behov hos patienterna. Strang & Strang (2001) menade, generellt sett, att vid livets slut blir bra relationer ofta bättre medan sämre relationer bryts ner.

Många av svaren från sjuksköterskorna i Strang et al (2002) handlade om relationer, isolering och ensamhet. Studien påpekade att det är lätt att känna sig ensam och övergiven när man lider av svår sjukdom och så kallad existentiell ensamhet, som många patienter beskriver, är vanligt när en människa står inför döden. Även i Blinderman & Chernys studie (2005) tog patienterna upp social isolering som ett existentiellt problem. Patienterna upplevde att de var svårt med de anhörigas oro och ville inte att andra skulle tycka synd om dem. Murray et al (2004) belyste den andliga aspekten av relationer i sin studie utifrån patienternas beskrivningar av hur mödosamt det var för dem att känna sig beroende av andra. Patienterna beskrev att deras självkänsla och värde som människa hotades i och med sjukdomen, och att detta ledde till att de ifrågasatte sin roll i gemenskapen, vilket ledde till ensamhet.

Åstradsson et al (2001) beskrev i sin studie att de flesta patienterna hade existentiella, sociala och/eller psykologiska behov men att det var svårt att avgöra vad som var vad. Dessa behov handlade till största delen om relationer. Bolmsjö (2001) fann i sin studie att behovet för patienterna att ha någon speciell person att anförtra sig åt inte var så stor. Det var dock viktigt att ha relationer överhuvudtaget och att inte behöva vara

ensam när man inte önskade det. Några patienter pratade om självvald ensamhet som något önskvärt. Strang et al (2002) menade att det finns patienter som har ett stort behov av ensamhet, reflektion och tystnad, speciellt palliativa patienter i ett terminalt skede. Murray et al (2004) fann att många patienter upprätthöll ett ”modigt ansikte” för både personal och anhöriga just när det gällde andliga funderingar vid livets slut. Patienterna ville inte göra människor upprörda och ledsna. Forskarna ansåg att många andliga behov därför förblir outtalade.

Andliga behov som uttrycks genom relationen till sig själv:

Vissa av sjuksköterskorna i studien av Strang et al (2002) belyste vikten av att vara ”tillfreds med sitt inre själv” som ett andligt behov. De använde ord som frid, sanning, harmoni, kärlek och mening för att beskriva detta tillstånd och påpekade att det för vissa patienter var aktuellt att prata om energier, njutning/välmående och livskvalitet i samband med andlighet.

Patienterna i en studie beskrev andlighet som coping eftersom andlighet gav dem kraft, styrka, mod och mening trots deras svåra situation (Penman et al, 2009). Strang & Strang (2001) fann att flera av de intervjuade var agnostiker. De uttryckte att de hade en tro på sin egen styrka. Murray et al (2004) menade i sin studie att tecken på andliga behov kan vara frustration, rädsla, själslig smärta, tvivel och förtvivlan samt känslan av värdelöshet. Tecken på andligt välmående (spiritual well-being) var, enligt studien, i sin tur en känsla av inre frid och harmoni.

Vissa patienter upplevde att livet nära döden hade gjort att de börjat ta hand om sig själva och omvärderat livet. Många hade blivit tvungna att sluta arbeta och detta hade framtvingat ett accepterande av den nya situationen för vissa. Accepterandet innebar ofta en mer positiv syn på livet. Personligheten hade växt sig starkare, menade en del (Strang & Strang, 2001). Acceptansen och det naturliga sättet att se på döden var ett sätt att säga ja till livet i sin helhet. Att vara i harmoni med sig själv handlade om att se med tillförsikt och tacksamhet på livet. En patient uttryckte sig så här: ”Jag vet inte vad som händer imorgon, men jag tänker försöka att vara lycklig idag” (Mok & Wong, 2009, s. 363).

Både förlorad autonomi med ökat beroende och rädsla för detta ansågs vara andliga frågor hos patienterna i Blinderman och Chernys studie (2005). Förlorad autonomi sågs av vissa av patienterna som skamfyllt och de såg sig som en börda för sina familjer. Några av patienterna i studien kände att deras värdighet stod på spel i och med de kroppsliga förändringarna som cancersjukdomen orsakade (Blinderman & Cherny, 2005). Ett viktigt andligt behov som beskrevs av hospicepatienter var behovet av involvering och kontroll; deltagarna i studien ville förbli aktivt involverade i sin familj och i behandling och medicinering. En kvinna uttryckte ilska över att inte ha fått reda på att hennes barnbarn hamnat i klammeri med rättvisan. Vissa människor uttryckte behovet av att vara så autonoma som möjligt, även om de inte kunde styra över sig själva som tidigare relaterat till sjukdom och behandling. Av 19 intervjuade personer som var döende identifierade bara en enda behovet att bli hjälpt (Hermann, 2001). Även Murray et al (2004) fann att känslor av att förlora kontrollen var återkommande för patienternas andliga smärta. Bolmsjö (2001) fann att patienterna ansåg det vara viktigt att få dö med värdighet och med respekt för deras person. Patienterna var rädda för att förlora kontrollen över sitt liv. Ett andligt behov som uttrycktes var att kunna styra över att avsluta sitt liv. ”Death is a good friend who will release me when I can’t get on any longer” (Bolmsjö, 2001, s. 502). Dödshjälp kunde

ses som ett andligt behov och hade för vissa gjort tillvaron mycket enklare om det funnit garantier att få när man bad om det. Bolmsjö (2000 och 2001) påpekade att ett centralt värde för livet är att bli respekterad som person, för sina önskningar, värderingar och intressen. Studierna belyste att autonomi är en existentiell fråga som är ytterst aktuell när någon är döende. Vissa omvårdnadshandlingar minskade patientens känsla av värdighet och självkänsla genom för lite kommunikation, ovänligt bemötande eller kallt bemötande. Det kunde också handla om att känna sig övergiven, en känsla av ofullständighet, tomhet och missnöje (Mok & Wong, 2009).

Hur andliga behov kan uppfyllas

Andliga behov som uppfylls genom meningsskapande:

Blinderman & Cherny (2005) beskrev att mening i livet kommer från familjen, arbetet, vänner och religionen. Andliga behov kunde uppfyllas genom god palliativ vård, gott stöd ifrån patientens nätverk, effektiva copingstrategier och eventuella religiösa trossystem.

Flera patienter hade behov av att, när de såg tillbaka på sina liv, få veta och få bekräftelse på att deras liv hade varit produktivt och därmed meningsfullt (Bolmsjö, 2001). Känslan av meningsfullhet hjälpte patienterna att fortsätta framåt (Strang & Strang, 2001). Många studier beskriver behovet av att sammanfatta livet genom att slutföra sina livsuppgifter eller reda ut ouplösta konflikter (Bolmsjö, 2001, Hermann, 2001 och Mok & Wong, 2009). Att göra denna tillbakablick innebar att förstå varför saker blev som de blivit och hur detta format oss till de personer vi är. Att avsluta sina affärer eller uppgifter kunde också handla om att göra begravningsarrangemang etcetera. Ytterst handlade det om att lösa upp bittra känslor och komma till försoning med den nuvarande situationen och se de utmaningar och segrar som livet ändå bjudit på.

Andliga behov som uppfylls genom att praktisera religion:

Strang et al (2002) belyste i sin studie sjuksköterskors uppfattning av patienters andliga behov. Här framhölls vikten av att vårdpersonal hjälper patienter att praktisera sin religion. Detta kunde till exempel innebära hjälp att ta sig till kyrkan och att så långt det gick försöka uppfylla önskningar om speciell mat.

Att be och läsa heliga skrifter var viktigt för många troende patienter för att skapa mening och hjälpa patienter genom svåra situationer med smärta, sorg och rädsla (Strang et al 2002, Penman et al 2009 och Hermann, 2001). De patienter i Murray et al (2004) som var religiösa fann stöd i att besöka kyrkan och i bön. För många var det viktigt att få diskutera sin religion och tro med någon.

Nästan alla troende patienter i Blindermans och Cherny (2005) ansåg att deras relation med Gud var det viktigaste stödet. Deras andliga välmående (spiritual well-being) var starkt kopplat till deras tro. Många kände starkt stöd ifrån församlingar de var med i.

Andliga behov som uppfylls genom relationer till andra:

I Strang et al (2002) studie lyfte sjuksköterskorna behovet av relationer för patienterna. I Penman et al (2009) ansåg patienter och vårdgivare att bibehållandet och vårdandet av relationer uppfyller andliga behov hos människor. De intervjuade tog upp vikten av intimitet, att visa att man bryr sig och känna att någon bryr sig, att vara närvarande samt att ge och få uppmärksamhet och stöd. Studien lyfte också upp kärlek, både att ge

och få, som ett sätt att uppnå andliga behov. Kärlek kunde, enligt studien, manifesteras i påfallande enkla handlingar som t.ex. ett besök av en vän, dricka kaffe tillsammans, ge eller ta emot massage eller ge eller ta emot en gåva.

Vikten av att känna sig behövd togs upp av flera intervjuade och vissa deltagare upplevde att de kände sig sammanlänkade med sin omgivning genom olika relationer som gav deras liv mening (Strang & Strang, 2001).

I Blinderman och Chernys studie (2005) tyckte en majoritet av patienterna att de fick stöd av familj och vänner och att detta var det viktigaste behovet. Relationer som var av stor emotionell betydelse var meningsgivande, huvudsakligen till barn och familj (Strang & Strang, 2001). I Bolmsjös studie (2001) uttryckte patienterna att barn och barnbarn gjorde att livet fick mening. Behovet att vara med små barn återkom flera gånger hos flera intervjuade personer: ”även om jag håller på att dö, har en helt ny generation drömmar och förhoppningar” (Hermann, 2001, s. 70).

I en studie rankade samtliga hundra deltagare skratt som viktigt för att känna hopp och för att kunna leva livet fullt ut. Behovet att le och skratta uttrycktes av en patient om personalen på följande sätt: ”Det sista de kan göra för mig är att le när de kommer in genom dörren” (Hermann, 2007, s. 76). Studien tog upp att omgivningen i vissa fall kan tro att det är opassande med skratt och skoj med patienter som är nära döden. Patienterna å andra sidan uttryckte ett stort behov av att le och skratta.

Yardley (2009) fann i sin studie att patienterna ansåg att bra andlig omvårdnad handlade om att patienterna hade någon att prata med när de önskade det. Det var viktigt att den de pratade med (vårdpersonal) var genuint intresserad av dem som person, tog sig tid och lät bli att döma dem. Sjuksköterskorna i Strang et al (2002) ansåg att de kunde hjälpa patienter genom samtal och genom att vara goda lyssnare. Tröst, förståelse och dialog var, enligt dem, en källa till gemenskap och därmed lindrat lidande eftersom det ansågs viktigt att människor får verbalisera sina tankar och rädslor kring döendet och döden. Bolmsjö (2000) menade att det är viktigt hur vårdpersonal pratar till döende patienter, eftersom dessa ofta är extremt känsliga och sårbara. Att vara ärlig med en viss känslighet var, enligt studien, det bästa sättet att tala med en palliativ patient. Författaren menade också att patienter kan behöva hjälp med att lösa konflikter eftersom dessa innebär ett stort existentiellt lidande. I Murray et al (2004) fann forskarna att många patienter tvekade att ta upp andliga frågor med vårdpersonalen, men om de fann personal som ville diskutera andlighet med dem var detta mycket värdefullt för dem. I Bolmsjö (2001) ansåg patienterna att vårdpersonalen kunde hjälpa dem att dö med värdighet genom god smärtlindring och gott bemötande.

Vårdpersonalen hade också funktionen som en länk om andra personer behövde kontaktas, som till exempel en präst (Strang et al, 2002). Här belystes att existentiell isolering som andligt behov kan uppfyllas genom samtal med präst eller diakon. Studien visade att även patienter som inte tillhör någon speciell religion eller utger sig för att vara troende kan ha nytta av att prata med en person som är speciellt utbildad i att prata om existentiella frågor. Deltagare i en annan studie uttryckte att ha frid och ett inre lugn var mest viktigt i slutet av deras liv. Det handlade om frid till sig själv, omgivningen eller en gudomlig dimension vilket innebar en resa av inre medvetenhet som innefattade självkänedom, ökat egenvärde och en känsla av frid och stillhet. Frid till andra handlade om att hjälpa andra och att dela med sig. Frid gentemot den gudomligare dimensionen handlade om att vara sitt äkta jag (Mok & Wong, 2009).

Andliga behov som uppfylls genom relationen till sig själv:

Strang & Strang (2001) fann att flera av de intervjuade i deras studie som inte tillhörde någon religion hade en inre tro på sig själv i form av en mental stabilitet som hjälpte dem att ta sig igenom svåra stunder. De beskrev detta som en "fighting spirit" där tro (på Gud, på sig själv eller andra), hopp (en grundläggande positiv attityd till livet) och kärlek (goda relationer till familj, vänner eller arbete) var de grundläggande komponenterna. Även Bolmsjö (2001) talade om "fighting spirit" som en starkt motiverande faktor.

Hermann (2007) drog ett samband mellan hur nöjd patienten var med livet och om patienten upplevde att de andliga behoven blivit uppmärksammade. Humor, positiva tankar och behovet av att ta en dag i taget var för många av de intervjuade andliga behov. Att vara en bra person, exempelvis genom att hjälpa andra, bilda egen familj och leva upp till egna moraliska idéer, var meningsskapande (Mok & Wong, 2009).

Många patienter använde musik, naturupplevelser, konst, intellektuella utmaningar och föremål med emotionella band för att skapa mening och därmed uppfylla andliga behov. Meningslöshet tvingar oss att skapa mening i våra liv (Strang et al, 2002). Ett vanligt återkommande tema bland andliga behov var längtan efter att titta ut eller att ha blommor på rummet. Vissa personer saknade att inte längre kunna gå ut på promenad, en del kände sig närmare Gud när de var utomhus (Strang & Strang, 2001). Några patienter i Blinderman och Chernys (2005) studie beskrev att icke-religiösa aktiviteter som till exempel meditation, konstnärliga aktiviteter eller kontakt med naturen hjälpte dem på ett andligt plan. Vissa patienter använde healing och andra alternativa metoder. Några av patienterna i samma studie ansåg att deras positiva livssyn och realism hjälpte dem att klara av svåra stunder. Patienterna i Murray et al (2000) talade om olika självhjälpsstrategier för att uppnå sina andliga behov. Det kunde handla om att gosa med husdjuret, tända ett ljus, att be (trots att de inte var troende) och att titta på TV-såpor. Murray et al (2000) fann också att de patienter som kunde finna någon form av acceptans till situationen var de som mådde bäst.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att göra en litteraturstudie om andliga behov kändes ytterst aktuellt och angeläget. Eftersom det inte finns någon enhetlig definition av andliga behov och eftersom forskare beskriver fenomenet på olika sätt finns det ett stort behov av att resultat från vetenskapliga studier sammanställs. Trots att ämnet är aktuellt fanns det relativt få studier gjorda på enbart patienters upplevelser. På grund av detta valde vi att ha med studier som både undersökte patienters och vårdgivares erfarenheter av andliga behov. Båda gruppernas sammantagna erfarenheter är dessutom intressanta för ett mångsidigt perspektiv. Det fanns några studier gjorda innan år 2000 med god kvalitet som vi valde bort eftersom vi ville ha aktuell forskning. Uppsatsen kunde ha fokuserat på ett längre tidsperspektiv än enbart på studier från år 2000 och framåt för att inkludera fler forskares sätt att beskriva andliga behov.

Samtliga artiklar är skrivna på engelska och det finns därmed risk för feltolkning vid översättningen och en viss förenkling på grund av språkets olikheter. I uppsatsen har studier inkluderande både andliga, existentiella och religiösa behov använts, utan att göra större skillnad på dem. Anledningen till detta är att det saknas en enhetlig definition på andliga behov och att studierna vi tagit del av, i många fall, inte heller skiljer dem åt (Strang et al, 2002).

Att använda metoden innehållsanalys gav oss möjlighet att se ett sammanhang i det ibland lite brokiga materialet. När uppsatsen påbörjades var det endast bestämt att den skulle fokusera på andliga behov hos palliativa patienter. Materialet lästes med ”öppna ögon” utan att behöva passa in i en redan förutbestämd mall. Det var inte helt lätt att hitta täckande och bra benämningar på kategorierna eftersom andliga behov beskrivs på så olika sätt av olika forskare. Under arbetets gång framkom att en hermeneutisk analysmetod med fördel kunde ha använts. Detta på grund av att många studier innehöll citat från patienter som kunde tolkas på olika sätt och hjälpt till att illustrera resultatet. Vi valde att ha med några citat, men insåg i efterhand att fler citat kunde ha använts för att bättre illustrera resultatet.

Många av studierna inkluderar patienter som är troende och tillhörande en specifik religion. För dessa patienter var andliga behov tätt sammankopplat till religion. Eftersom andlighet inte behöver ha med religion att göra, men kan ha det, och en hel kategori är tillägnad religion kan resultatet bli missvisande i ett sekulariserat land som Sverige. Vi är medvetna om att om fler studier gjorda på patienter från sekulariserade länder hade inkluderats hade resultatet och därmed temana möjligen blivit annorlunda och därmed mer anpassade till svenska förhållanden.

Artiklarna som analyserats återspeglar en viss kulturell diversitet. Även om majoriteten av studierna är hämtade från väst (USA, Australien, England och Sverige) finns även länder som Israel och Kina representerade. Författarna övervägde att enbart fokusera på studier gjorda i västvärlden men bestämde att inkludera även andra länder för att bredda perspektivet. Arbetet avspeglar därmed kunskapsläget på både internationell och nationell nivå. Om arbetet genomfördes på nytt hade studier från ett mer begränsat geografiskt område med fördel kunnat användas eftersom det andliga klimatet skiljer sig mycket i olika delar av världen. Dock kompliceras detta av att det andliga klimatet ofta skiljer sig mycket mellan olika folkgrupper inom ett lands gränser.

Vissa av studierna är baserade på intervjuer med patienter som inte är konstaterat palliativa men som ändå var svårt sjuka. Dessa inneslöts på grund av att patienterna som deltog beskrev andliga behov och hade funderingar kring död och döendet.

Resultatdiskussion

Att andliga behov får ökad betydelse i livets slut är det många studier som framhåller (Blinderman och Cheldy, 2005, Strang et al, 2002, Strang & Strang, 2001 och Bolmsjö, 2000 och 2001). En förklaring till detta kan vara att döden är definitiv men att ingen vet vad som väntar efter döden. Den andliga dimensionen kan inge hopp, mening och trygghet i en situation där det är svårt att finna svar på vad som komma skall.

Inte så förvånande kunde man tydligt se att i sekulariserade länder som till exempel Sverige var religion inte lika förknippad med andlighet som i studier från till exempel USA. I många av studierna vi tog del av belystes dock att det är lika viktigt för icke-troende patienter som för troende patienter att få sina andliga behov tillgodosedda (Strang et al, 2001, Blinderman & Cherny, 2005 och Penman et al 2009 och Åstradsson, 2001). Patienter som var troende relaterade nästan uteslutande andliga behov till relationen till Gud medan icke-troende oftast talade om relationer till familj och vänner som andligt och som var viktigast för dem. Det som är värt att påpeka är att de flesta intervjuade hade något att säga om andlighet vilket visar på att det är en dimension som är viktig för många människor.

Det resultat som var tydligast i studien var att andliga behov hos palliativa patienter var starkt sammanflätade med sökande och skapande efter mening på olika sätt (Bolmsjö, 2000 och 2001, Hermann, 2001, Mok & Wong, 2009, Strang, 2001 och Blinderman & Cherny, 2005). Alla kategorierna vi fann vid innehållsanalysen handlar egentligen om att på olika sätt finna mening med tillvaron. Detta överensstämmer med Taylor Johnstons definition (2006) av vad andliga behov är; ”andliga behov är behov och förhoppningar som människor har för att finna mening, syfte och värde i livet. Sådana behov kan vara religiösa, men även människor som inte har en religiös övertygelse har trossystem som ger deras liv mening och syfte” (Taylor Johnston, 2006, s.730).

Anmärkningsvärt i litteraturstudien är att de andliga behoven kretsar så mycket kring patienternas individuella önskemål och konkreta upplevelser av andlighet. Då bakgrundsarbetet genomfördes tänkte sig författarna att arbetet skulle komma att handla om andliga behov av en mer tillfällig karaktär, likt till exempel en bön. Senare framkom att behoven ofta rörde sig kring vanor, kontinuitet och vardagliga händelser. Strang & Strang (2001) konstaterar att tron idag delvis är ersatt av tron på läkaren eller positivt tänkande. Detta kan möjligtvis ge en känsla av övergivenhet då patienten fortfarande har existentiella/andliga frågor, exempelvis vid funderingar kring vad meningen med sjukdomen är.

Flera studier vi tagit del av (Penman et al, 2009, Emanuel et al 2000 & Murray 2004) ansåg att relationer med andra är andligt i sig. Att tänka på och bry sig om andra, att känna samhörighet och gemenskap beskrevs som det som gör människor andliga. Tecken på andligt välmående kan vara att få känna sig värdefull för andra och att ha öppna och ärliga samtal.

Att andlighet handlar om meningsskapande för de flesta och att mening ofta innebär relationer av olika slag var alltså ett återkommande och starkt framträdande tema i den forskning vi tog del av. Relationer kan röra sig på så många olika plan; relationen till sig själv, till andra och till ett större sammanhang eller något gudomligt. Det som gör livet värt att leva för många är att få interagera med andra och få finnas i ett sammanhang.

Vårdteoretisk anknytning Eriksson

Erikssons teori utgår från hennes kristna livssyn samtidigt som hon belyser en personlig tro som kan gå att jämföras med ”tron på en högre makt”. Eriksson utgår ifrån att alla människor har en andlig dimension, med andra ord även människor som inte ser sig själva som religiösa. Vårt tema som handlar om behovet av religion kan bara delvis täcka det Eriksson menar med religiösa behov. Enligt hennes teori

inkluderas här meningen med hela livet. Enligt våra teman kan mening innebära väldigt skiftande dimensioner för olika människor. Något som går att jämföra är Erikssons förklaring om mening som ”sökande efter sinnesro, glädje och livslust”. Det vi tar upp i våra teman om mening handlar om detta, trots att det inte måste ha en religiös innebörd.

Vårt tema som handlar om behovet av relationer med andra är ytterst jämförbart med Erikssons teori. Enligt Eriksson blir människan till och kännetecknas just i sina relationer till andra människor. Den forskning vi tagit del av har visat att relationer med andra människor är bland det viktigaste för människor i livets slut och att relationer kan ses som ett andligt behov. Vårt tema som handlar om relationen till sig själv kan också kännas igen i Eriksson teori. Eriksson talar om estetiska behov där ordning och harmoni är ingredienser.

Sammanfattningsvis kan de andliga behov som analyserats i denna litteraturstudie väl täckas in i de andliga behov Eriksson beskriver, även om det inte är möjligt att exakt jämföra hennes kategorier med våra då det handlar om definitioner och ord som kan tolkas. Eriksson nämner lyssnande, samtal och vägledning som vårdande handlingar för andlighet. I vår litteraturstudie finns flera belägg (Strang, 2001, Strang et al, 2002, Murray et al, 2004) för att sjuksköterskor kan vara en viktig länk till patientens andliga behov genom vårdrelationen i sig.

Vårdteoretisk anknytning Watson

Watson tar på flera sätt upp hur andliga behov handlar om relationen till sig själv och andra. Relationens innebörd för andlighet återkommer i studier som använts i litteraturstudien. Strang & Strang (2001) skriver om hur relationer till andra hade stor betydelse för deltagarna i studien. De tar även upp hur den inre tron på sig själv har betydelse där tro (på Gud, på sig själv eller andra), hopp (en grundläggande positiv attityd till livet) och kärlek (goda relationer till familj, vänner eller arbete) var de grundläggande komponenterna. Blinderman och Cherny (2005) beskriver hur en majoritet av patienterna tyckte att stöd av familj och vänner var det viktigaste andliga behovet. I Penman et al (2009) ansåg patienter och vårdgivare att bibehållandet och vårdandet av relationer uppfyller andliga behov hos människor.

Watson pekar på hur relationen mellan sjuksköterska och patient har stor betydelse för den andliga dimensionen. Här finns gemensamma nämnare till vad som funnits i denna litteraturstudies resultat. Att stanna kvar, trösta, förmedla tro och hopp beskrivs som en andlig del av omvårdnaden. Detta medför att sjuksköterskan, eller den som delar uppmärksamheten och gemenskapen, kan bli en länk mellan patienten och dess andliga behov. Precis detta bekräftas i Strang et al (2002) av sjuksköterskor som ansåg att de kunde hjälpa patienter genom samtal och genom att vara goda lyssnare. Tröst, förståelse och dialog var, enligt dem, en källa till gemenskap och därmed lindrat lidande eftersom det ansågs viktigt att människor får prata om sina tankar och rädslor kring döendet och döden. Även hopp tas upp som en viktig del av den andliga omvårdnaden i en studie (Hermann, 2007) där samtliga hundra deltagare rankade skräck som viktigt för att känna hopp och för att kunna leva livet fullt ut. Uppskattning, erkännande och respekt betonas av Watson som viktiga delar för andlig mening i en annan persons liv. Detta samstämmer med många av studierna där andliga behov kan ses som ett sätt att finna mening i tillvaron (Bolmsjö, 2001, Strang & Strang, 2001, Blinderman och Cherny, 2005) och värdighet finns med som central betydelse för andlighet (Bolmsjö, 2001).

Konklusion

Andlighet är för många i det sekulariserade Sverige en privat angelägenhet och bör därför definieras utifrån varje patient. Under arbetets gång har det ibland varit svårt att skilja mellan existentiella, andliga, sociala och psykologiska behov eftersom studierna vi tog del av använder begreppen relativt likvärdigt. Svårigheten att finna en enhetlig definition av andliga behov är därmed förståelig. Andlighet behöver, som vi sett, inte överhuvudtaget ha en religiös innebörd utan kan innebära vardagens ”små ting”. För att vårdpersonal ska kunna ge andlig omvårdnad behöver de vara medvetna om just detta; att det inte behöver vara så svårt och komplicerat med andlighet. Även om sjuksköterskan känner sig främmande för andliga frågor så behöver det inte vara svårare än att vara öppen för patientens önskemål och vad som är viktigt för just den personen.

Att uppmärksamma de andliga behoven handlar alltså om att se patienten, ge tid och framförallt att skapa relation. Samtalet och det mellanmänniska mötet är nyckeln till all vård men kanske speciellt när det gäller den andliga omvårdnaden.

Slutord

Denna litteraturstudie har gjort oss mer lyhörda inför patienters andliga behov när vi nu börjar arbeta som sjuksköterskor. Vi hoppas också att vi genom uppsatsen kan förmedla vikten av att uppmärksamma andliga behov, hur andliga behov bemöts samt hur patienter kan vägledas till andligt välmående.

Det finns ett behov av fler studier inom området och att ämnet uppmärksammas, inte minst med tanke på både den mångreligiositet och sekularisering som finns i Sverige idag. Andlighet är en del av människan vilket innebär att om den palliativa vården ska kunna kallas holistisk får den andliga dimensionen inte glömmas bort. Förhoppningsvis kommer vården, och inte enbart den palliativa vården, att bli mer öppen för att uppmärksamma patienters andliga behov i framtiden.

REFERENSER

* artiklar som baserar litteraturstudien

Ahmadi F. (2008). Kultur och Hälsa. Lund: Studentlitteratur

Arlebrink J. (red). (1999). Döden och döendet. Etiska, existentiella och psykologiska aspekter. Lund: Studentlitteratur

* Blinderman C & Cherny N. (2005). Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliative Medicine*; 19: 371-380

*Bolmsjö I. (2000). Existential issues in Palliative Care: Interviews with cancer patients. *Journal of Palliative Medicine*; 16 (2): 20-4

*Bolmsjö I. (2001). Existential issues in Palliative Care: Interviews of patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Journal of Palliative Medicine*; 4 (4): 499-506

Barbosa da Silva A & Andersson M. (1993). Vetenskap och människosyn i vården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. FoU-rapport 40. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, SHSTF

Beck-Friis B & Strang P. (red). (2005). Palliativ medicin. 3:e uppl. Stockholm: Liber AB

Birkler J. (2007). Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn. Stockholm: Liber AB

Buckley J. (2008). Palliative care: An integrated approach. Hong Kong: John Wiley & Sons, Ltd

Ehnfors M, Ehrenberg A & Thorell-Ekstrand I. (2000). VIPS-boken. Stockholm: Bromma-Tryck AB

Elo S & Kyngas H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*; 62 (1), 107-115

Einhorn S. (1999). Svårt sjuka patienters andliga behov försummas i vården. *Läkartidningen*; 96: 2362-2366

* Emanuel L, Alpert H, Baldwin D, Emanuel E. (2000). What terminally ill patients care about: Toward a validated construct of patients' perspectives. *Journal of Palliative Medicine*; 3 (4): 419-431

Eriksson K. (2001). Den lidande människan. Stockholm: Liber AB

Eriksson K. (1987). Vårdandets idé. Stockholm: Liber AB

Friberg F. (2006). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur

Eriksson K & Barbosa da Silva A. (1991). Vårdteologi: Caring theology. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Pedagogiska fakulteten, Åbo akademi

Forsberg C & Wengström Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur & Kultur

*Hermann C. (2001). Spiritual needs of Dying Patients: A Qualitative Study. *Oncology Nursing Forum*; 28 (1): 67-72

* Hermann C. (2007). The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncology Nursing Forum*; 34 (1): 70-78

Kaasa S. (2001). Palliativ behandling och vård. Lund: Studentlitteratur

Kellehear A. (2000). Spirituality and palliative care: a model of needs. *Palliative Medicine*; 14: 149-155

Kenne-Sarenmalm E, Furst CJ, Strang P & Ternstedt BM. (2002). National cancer control programs: policies and managerial guidelines, ed. Geneva. World Health Organization. Svensk översättning

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (2005). Stockholm: Socialstyrelsen

Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, Skyummy A, Dutcher J. (1999). Seeking meaning and hope: Self-reported Spiritual and Existential needs among an ethnically diverse cancer patient population *Psycho-Oncology*; 8: 378-385

*Mok E, Wong F & Wong D. (2009). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*; 66 (2), 360-370

*Murray S, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton T. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*; 18; 39-45

Narayanasamy A. (1999). Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Education Today*; 19: 386-395

Nationalencyklopedin. Hämtad 2010-02-24 från <http://www.ne.se/lang/andlighet>

Nationella rådet för Palliativ vård. Hämtad 2010-01-16 från <http://www.nrvp.se/pages/589.asp?menuID=257&menuColor=%2399CC00>

Oldnall A. (1996). A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*; 23, 138-144

Olsson I, Geels A & Kide P. (2008). Döden – i ett socialt, kulturellt och religiöst perspektiv. Stockholm: Elvins Grafiska AB

Patel R & Davidsson D. (2003) Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur

*Penman J, Oliver M & Harrington A. (2009). Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Australian Journal of Advanced Nursing*; 26; 4

Sektionen Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad. Hämtad 2010-01-16 från <http://www.swenurse.se/Publikationer-Remisser/Publikationer/>

Sivonen K. (2000). Vården och det andliga: en bestämning av begreppet ”andlig” ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Åbo: Åbo Akademis förlag

Socialstyrelsen. (2006). Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2007). Forskning som speglar vården i livets slutskede: sammanställning av aktuell forskning. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 2001:6. Statens offentliga utredningar. (2001). *Döden angår oss alla: värdig vård vid livets slut*. Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. Stockholm: Fritzes förlag

SOU 2000:6. Statens offentliga utredningar. (1999). *Döden angår oss alla: värdig vård vid livets slut*. Delbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. Stockholm: Fritzes förlag

* Strang S & Strang P. (2001). Spiritual thoughts, coping and ”sense of coherence” in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*; 15: 127-134

*Strang S, Strang P & Ternestedt B. (2002). Spiritual needs defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*; 11: 48-57

Taylor Johnston E. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family givers. *Oncology Nursing Forum*; 33: 14, 729 –735

Wallén G. (1996). Vetenskapsteori och forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur

Watson J. (1985). Nursing: The philosophy and science of caring. Boulder, Colorado: Colorado University Press

Watson J. (1993). En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap. Lund: Studentlitteratur.

*Yardley SJ, Walshe CE & Parr A. (2009). Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine*; 23: 601-607

*Ástradsson E, Granath L, Heedman P-A & Starkhammar H. (2001). Cancer patients hospitalised for palliative reasons. Symptoms and needs presented at a university hospital. *Support Care Cancer*; 9: 97-102

Bilaga 1. Databassökning

Sökord	Datum	Databas	Antal träffar	Valda artiklar	Begränsning
Spiritual care	2010-01-27	CINAHL	487	-	Peer reviewed, 2000-2010
Spiritual needs AND palliative care	"	"	64	Pennman, 2009 Yardley, 2009 Hermann, 2001	"
Spiritual needs AND end of life	"	"	50	Hermann, 2007	"
Spiritual needs AND palliative	2010-02-08	"	69	-	"
Existential AND palliative	"	"	128	Bolmsjö, 2001	"
Existential AND end of life	"	"	45	-	"
Spiritual nursing AND palliative care	"	"	0	-	"
Spiritual nursing	"	"	23	-	"
Spiritual needs AND palliative care	2010-02-09	PubMed	64	Murray et al, 2004	2000-2010
Spiritual needs AND palliative	"	"	212	Strang et al, 2002	"
Spirituality AND palliative	"	"	299	Blinderman et al, 2005 Emanuel et al, 2000 Strang & Strang, 2001 Åstradsson et al, 2001	"
<i>Manuell sökning</i>	2010-02-10	-	-	Mok et al, 2009 Bolmsjö, 2000	-

Bilaga 2. Artiklar som baserar litteraturstudien

Författare	Blinderman C & Cherny N
Årtal	2005
Titel	Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel
Tidskrift	Palliative Medicine
Syfte	Att bedöma existentiellt lidande i en etnisk, kulturellt och religiöst heterogen patientgrupp. Begreppen autonomi, mening och hopp stod i fokus i studien.
Urval	40 cancerpatienter ifrån bl. a. Israel, Irak, Polen, Marocko och Nya Zeeland på ett sjukhus i Jerusalem. Det fanns stor variation i gruppen med avseende på religiös livsåskådning.
Metod	Kvalitativ intervjustudie med både öppna och riktade frågor. Analysförfarandet av intervjumaterialet var innehållsanalys.
Antal referenser	22

Författare	Bolmsjö I
Årtal	2000
Titel	Existential issues in Palliative Care – Interviews with cancer patients
Tidskrift	Journal of Palliative Care
Syfte	Att klargöra vad existentiella frågor är. Att studera hur svårt cancersjuka patienter kommunicerar kring existentiella frågor.
Urval	10 palliativa cancerpatienter på ett hospice i Sverige.
Metod	Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor. Patientens reaktioner och kommentarer noterades och användes för innehållsanalys.
Antal referenser	17

Författare	Bolmsjö I
Årtal	2001
Titel	Existential issues in Palliative Care: Interviews of patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis
Tidskrift	Journal of Palliative Medicine
Syfte	Att beskriva hur ALS-patienter kommunicerar existentiella frågor och vilka erfarenheter dessa patienter har av andliga frågor.
Urval	8 patienter från Sverige diagnostiserade med ALS.
Metod	Semistrukturerade intervjuer utifrån en hermeneutisk modell. Intervjuguiden innehöll frågor om framtiden, mening, skuld, respekt, information och förtroende.
Antal referenser	17

Författare	Emanuel L, Alpert H, Baldwin D & Emanuel E
Årtal	2000
Titel	What terminally ill patients care about: Toward a validated construct of patients' perspectives
Tidskrift	Journal of Palliative Medicine
Syfte	Att utveckla en grund för att möta menings- och betydelsefulla faktorer för patienten.

Urval 988 patienter från olika delar av USA. 650 patienter av dessa följdes upp 4-6 månader senare.

Metod Djupintervjuer. Med innehållsanalys av intervjuer och en litteratursammanfattning utvecklades en mall till själva intervjuundersökningen med slumpvis utvalda palliativa patienter.

Antal referenser 45

Författare Hermann CP

Årtal 2001

Titel Spiritual needs of Dying Patients: A Qualitative Study

Tidskrift Oncology Nursing Forum

Syfte Att beskriva patienters upplevelse av andlighet och andliga behov.

Urval 19 hospicepatienter i södra USA.

Metod Semistrukturerade intervjuer. Materialet analyserades med hjälp av induktiv innehållsanalys.

Antal referenser 36

Författare Hermann CP

Årtal 2007

Titel The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met.

Tidskrift Oncology Nursing Forum

Syfte Att utreda hur väl andliga behov bemöts i livets slutskede.

Urval 62 kvinnor och 38 män på hospiceboenden i södra USA.

Metod Deskriptiv enkätstudie där hundra stycken deltagare graderade hur de själva upplevde sina andliga behov och livskvalitet med hjälp av Spiritual Needs Inventory och Lickertskalan.

Antal referenser 52

Författare Mok E, Wong F & Wong D

Årtal 2009

Titel The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill

Tidskrift Journal of Advanced Nursing

Syfte Att utforska andlig omvårdnad och andlighet som fenomen.

Urval 15 svårt sjuka patienter i Kina.

Metod Fenomenologiska djupintervjuer med kvalitativt förhållningssätt. Materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys.

Antal referenser 43

Författare Murray S, Kendall M, Boyd K, Worth A & Benton F

Årtal 2004

Titel Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers.

Tidskrift Palliative Medicine

Syfte Att undersöka om patienter med livshotande sjukdom upplever att de har andliga behov, om de andliga behoven varierar med sjukdomsgrupp och hur patienterna anser att deras behov kan tillgodoses.

Urval 20 patienter med inoperabel lungcancer och 20 patienter med grava hjärtproblem från England.
Metod Kvalitativ intervjustudie under sammanlagt ett års tid med varje patient i hemmiljö. Djupintervjuer och fältanteckningar analyserades.
Antal referenser 26

Författare Penman J, Oliver M & Harrington A
Årtal 2009
Titel Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers
Tidskrift Australian Journal of Advanced Nursing
Syfte Att undersöka patienter och vårdgivares upplevelser av andlighet och andligt engagemang.
Urval 4 palliativa patienter, 4 vårdgivare och 6 före detta vårdgivare i södra Australien.
Metod En litteraturstudie genomfördes som grund. Därefter gjordes semistrukturerade djupintervjuer utifrån en hermeneutisk modell. Materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys.
Antal referenser 49

Författare Strang S och Strang P
Årtal 2001
Titel Spiritual thoughts, coping and "sense of coherence" in brain tumour patients and their spouses.
Tidskrift Palliative Medicine
Syfte Att undersöka hur patienter med hjärntumör och deras livspartners kunde använda sig av copingmekanismer samt undersöka om andlighet var ett stöd eller hinder till patientens situation.
Urval 20 patienter och 16 livspartners från Sverige
Metod Kvalitativ intervjustudie och innehållsanalys med en hermeneutisk approach. Patienterna intervjuades och analyserades utifrån ett salutogent perspektiv med Antonovskys SOC-teori.
Antal referenser: 38

Författare Strang S, Strang P och Ternestedt B
Årtal 2002
Titel Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff
Tidskrift Journal of Clinical Nursing
Syfte Att beskriva hur sjuksköterskor definierar andliga behov och om de anser att det finns särskilda patientgrupper där andliga behov har en särskilt stor betydelse.
Urval 141 svenska sjuksköterskor inom palliativ vård, psykiatri, onkologi och neurologi.
Metod Semikvalitativ enkätundersökning med öppna frågor. Begreppet "andliga behov" definierades med hjälp av innehållsanalys.
Antal referenser 59

Författare	Yardley SJ, Walshe CE & Parr A
Årtal	2009
Titel	Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patients perceptions of professional educational requirements
Tidskrift	Palliative Medicine
Syfte	Att beskriva förslag från patienter kring hur man ska utveckla den andliga omsorgen.
Urval	20 palliativa patienter boende på Hospice i England.
Metod	Kvalitativa semistrukturerade djupintervjuer. Materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys.
Antal referenser	48

Författare	Åstradsson E, Granath L, Heedman P-A & Starkhammar H
Årtal	2001
Titel	Cancer patients hospitalised for palliative reasons. Symptoms and needs presented at a university hospital
Tidskrift	Support Care Cancer
Syfte	Att identifiera patienter i behov av palliativ vård på Linköpings Universitetssjukhus (Sverige) och att bedöma deras situation och behov utifrån symtom och livskvalitet.
Urval	37 cancerpatienter.
Metod	Intervjustudie med 4 ja/nej-frågor och en öppen fråga. Data analyserades utifrån varje patients situation.
Antal referenser	10
